

# O tratamento do comportamento de gaguejar e o relacionamento terapeuta-cliente: Um estudo de caso

*(The treatment of stuttering and the therapist-client relationship: A case study)*

**Thiago Corrêa da Silva Candido Dias<sup>1</sup> Cristiane Alves<sup>2</sup> & Luc Vandenberghe<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Pós-graduando  
no Centro Universitário Toledo de Araçatuba

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de São Carlos

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
(Brasil)

## RESUMO

Este artigo descreve o comportamento de gaguejar de um adulto de 25 anos no contexto de alguns aspectos de sua história de aprendizagem e de situações interpessoais que enfrentava em seu cotidiano. Tanto as dificuldades de fala no cotidiano, quanto o próprio processo do tratamento foram analisados em relação às maneiras como o cliente lidava com os aspectos aversivos inseridos nessas situações. Durante o tratamento, foram estabelecidos alguns comportamentos que permitiam ao cliente responder melhor aos desafios do contato interpessoal. A terapia trabalhou a dificuldade do cliente de se posicionar frente aos problemas inerentes nas situações de fala. Essas intervenções visaram, não somente os problemas do cliente no seu dia-a-dia a partir de seu relato, mas também, o comportamento espontâneo do cliente no relacionamento pessoal com o terapeuta a partir de aspectos observados diretamente em sessão. O artigo discute que o entrelaçamento do foco sobre comportamentos relatados pelo cliente com o foco sobre o relacionamento terapêutico levou à diminuição da frequência da resposta de gaguejar, à generalização para as situações de falar e de condições interpessoais que ele relatava como difíceis, enquanto que, a possibilidade de gaguejar perdeu o seu efeito aversivo e ameaçador para ele.

*Palavras-chave:* análise do comportamento, relação terapêutica, gaguejar.

1) Thiago Correa da Silva Candido Dias. Rua José Amim, 355, Colinos. Três Lagoas –MS. CEP: 79.620-260. E-mail: thicandidodias@gmail.com

2) Cristiane Alves: Departamento de Psicologia, UFG. Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário. Catalão-GO. CEP: 75.704-020. E-mail: cristiane\_alves@ufg.br

3) Luc Vandenberghe: Departamento de psicologia, PUC Goiás. 1ª Avenida, 1069 Q. 88 - Setor Leste Universitário. Goiânia - GO, 74605-020, Brasil. E-mail: luc.m.vandenberghe@gmail.com

**ABSTRACT**

The present article describes a 25-year-old adult's stuttering in the context of specific aspects of his learning history and of interpersonal situations with which he deals in his daily life. Both the client's daily life speech problems and the treatment process itself were analyzed in relation to the client's ways of coping with aversive aspects that are part of those situations. Treatment promoted specific behaviors that put the client in a better position for dealing with the challenges of interpersonal contact. Treatment addressed the client's difficulties to confront the problems that are inherent in speech situations. These interventions targeted not only the client's reported daily life problems, but also his spontaneous behavior in the personal relationship with the therapist. The article discusses how the interweaving of therapeutic techniques focused on reported daily life behavior and on the relationship in the sessions leads to a reduction in the frequency of stuttering related problems, to better coping with conversational situations and with the interpersonal conditions he experienced as difficult, while the expectancy to stutter lost its aversive menacing meaning for him.

*Key words:* behavior analysis, therapist-client relationship, stuttering.

O tratamento de escolha para a gagueira é baseado, desde décadas, em uma intervenção que prima pela operacionalização do fenômeno abordado e pela objetividade técnica, a saber, a Análise Aplicada do Comportamento (Goldiamond, 1965/1972; Vandenberghe, 2004a). Uma revisão da revista mais importante da Análise Aplicada do Comportamento, o *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA), acusa a predominância de trabalhos especializados numa população bem específica: crianças e adultos com deficiências intelectuais que vivem ou não em instituições e pessoas com comportamentos socialmente estigmatizados.

No fim do século passado, uma nova cultura behaviorista emergiu, destinada à psicoterapia de adultos com comportamento verbal bem estabelecido. Esta procurou compreender a vivência interpessoal por meio da análise das contingências e buscava ajudar pessoas com diagnósticos de depressão ou de ansiedade. Essa nova onda foi promovida com nomes diversos como Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011; Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993; Vandenberghe, 2011). A diferença na população-alvo possui implicações sociais, já que a nova onda atinge um público de classe média, com problemas subjetivos, para os quais a sociedade indica a psicoterapia, enquanto a Análise Aplicada do Comportamento atende, tradicionalmente, um público socialmente mais vulnerável. Além disso, há uma diferença na linguagem das duas abordagens. A Análise Aplicada do Comportamento é expressamente sistematizada conceitual, tecnológica e analiticamente, mantendo controle experimental dos processos envolvidos (Baer, Wolf & Risley, 1968) enquanto que a FAP e a ACT descrevem dimensões sutis do relacionamento pessoal, falando de um processo curativo interpessoal (Hayes et al., 2011; Vandenberghe & Gauy, 2011).

Esta separação não deve impedir que os aportes da nova onda somente pudessem beneficiar o cliente típico da psicoterapia de gabinete, com comportamento verbal bem estabelecido e com nível funcional bem estabelecido em contextos sociais. A possibilidade de integração entre a Análise Aplicada do Comportamento e os novos aportes já foi avançada a partir da incidência na literatura de estudos de caso envolvendo crianças com transtornos comportamentais, que pertencem ao público-alvo tradicional da Análise Aplicada do Comportamento (Gosch & Vandenberghe, 2004; Vandenberghe & Basso, 2004). O presente artigo estende o mesmo argumento para a população adulta. O gaguejar é um exemplo de um comportamento frequentemente abordado pela Análise Aplicada do Comportamento e que chama a atenção pela sua ausência na literatura de novas terapias como a FAP e a ACT.

Compreende-se que tanto a Análise do Comportamento Aplicada quando a FAP compartilham da mesma matriz filosófica e conceitual. Ambas usam o termo comportamento para descrever as relações de

interdependência do organismo com seu ambiente. Descrevem o comportamento como uma interação entre aquilo que o sujeito faz e o ambiente no qual seu “fazer” acontece. As ações do indivíduo interagem com o contexto e as consequências que podem ocorrer após a emissão da resposta, numa relação que não expresse causa, e sim função. Essas consequências selecionam não só ações, mas as condições sob as quais ocorrem. Ambas usam o termo função para significar “a relação entre duas ou mais variáveis em que as mudanças em uma dependem da outra. Na perspectiva operante, a função é o efeito que o comportamento tem sobre o ambiente” (Vandenberghe, 2004b, p. 62).

O presente trabalho concentra-se especificamente na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), uma integrante da nova onda que estende a visão Behaviorista Radical para a legítima importância da relação terapêutica genuína e emocionalmente significativa no processo clínico. Esse posicionamento clínico permite que os princípios operantes pudessem ser adotados de maneira integral no contexto do gabinete de psicoterapia (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2011), ou seja, cujos reforçadores são mais intrínsecos. Assim, esses princípios podem ajudar a entender quando, e de que forma, situações de intimidade envolvendo sensibilidade mútua aos efeitos do comportamento do outro podem favorecer a abertura do cliente ao processo clínico e tornar o processo mais intenso e profundo (Vandenberghe & Pereira, 2005).

Apesar de a Análise Aplicada do Comportamento e a FAP descreverem e conceituarem o comportamento da mesma forma, seus estilos clínicos são muito diferentes. Enquanto a prática da Análise Aplicada do Comportamento pressupõe que o terapeuta tenha acesso às contingências que controlam o comportamento do cliente, o terapeuta FAP, só tem acesso a relatos subjetivos, emocionalmente carregados quanto aos eventos que ocorrem fora da sessão. Porém, ambas as dimensões possuem suas vantagens. A partir do relacionamento terapêutico, a FAP possibilita, a identificação pelo terapeuta, de comportamentos-alvo no relato do cliente, que podem ser diretamente evocados, desenvolvidos e trabalhados no próprio ambiente clínico (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012).

Para uma descrição detalhada da taxonomia clínica da FAP, referimo-nos a Tsai *et al.* (2011). Pelos objetivos do presente artigo é necessário apenas, diferenciar dois tipos de CRB's (sigla inglesa para *Clinically Relevant Behavior* – ou seja, Comportamento Clinicamente Relevante). Estes são comportamentos diretamente observados pelo terapeuta durante a sessão. Os CRB's 1 são os comportamentos-problema do cliente que ocorrem dentro da sessão terapêutica, e os CRB's 2, indicam progressos e melhoras do cliente. A identificação dos CRB's só é possível, por meio da comparação entre os problemas no cotidiano, a história de vida do cliente, e o comportamento na interação terapêutica (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2012). O progresso terapêutico ocorre por meio de reforçamento dos CRBs2. Enquanto processo, o reforçamento ocorre durante a sessão, na medida em que o contexto seja específico para o comportamento-alvo a ser trabalhado. Ou seja, o terapeuta tem a função de criar contextos que facilitem a emissão de CRBs2 pelo cliente, e então, emitir reforçadores naturais nestes contextos, que sejam compatíveis aos comportamentos que foram emitidos. Assim, a única opção é a utilização de reforçamento natural que, em contrapartida ao reforçamento arbitrário, é contingente a uma classe maior de respostas, além de ser benéfico ao cliente, considerando os repertórios que ele já apresenta e os objetivos terapêuticos (Tsai *et al.*, 2011).

Uma das condições que pode comprometer a interação de pessoas com seu ambiente social por meio da fala e, portanto, minimizar reforços obtidos de interações sociais são as disfluências involuntárias no fluxo da fala, caracterizadas por interrupções atípicas, denominadas gagueira (Barbosa & Chiari, 2005; Gomes, 2004). A disfluência, como afirma Yairi (1997), é apenas uma parte dentre a complexidade do distúrbio, de modo que existem inúmeras definições que enfatizam fatores particulares no desenvolvimento dessa patologia, e que variam de acordo com o referencial teórico de cada autor (Gomes, 2000; Gomes & Kerbauy, 2007). Barbosa e Chiari (2005) enfatizam que, causas psicológicas e fatores ambientais não são suficientes para a compreensão do fenômeno, pois há casos em que a disfluência pode envolver má formações, fissuras

no aparelho fonoarticulatório ou mesmo outras condições neurológicas e que somente o fonoaudiólogo especialista na complexidade dessa patologia, estará apto a fazer um diagnóstico diferencial adequado.

Em termos topográficos, o Goldiamond (1965/1972) definiu gagueira “por uma frequência elevada de certas formas de fala. Estas incluem repetições, interrupções, pausas, arritmias e outros bloqueios que ocorrem na fala fluente, mas com magnitude tão baixa que não constituem um problema de comunicação” (p.138). A gagueira se diferencia de outras interrupções no fluxo da fala por características topográficas (pausas, repetições ou prolongamento de som, sílaba ou palavra monossilábica) e de comportamentos não verbais, “secundários” ou “compensatórios” que incluem movimentos corporais, piscar ou revirar os olhos, movimentar a mandíbula, bater os dentes, dificuldade para iniciar ou sustentar o fluxo de ar (Jakubovicz, 1986; Meira, 1986; Barbosa & Chiari, 2005; Gomes & Kerbauy, 2007).

Seguindo os Critérios Diagnósticos do DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013), a gagueira é uma perturbação na fluência da fala, que inicia na infância e causa limitações na comunicação, na participação social, desempenho acadêmico e profissional, e é caracterizada por ocorrências frequentes de um ou mais dos seguintes aspectos: repetições de sons ou sílabas, prolongamentos de sons, bloqueios no início ou no meio de palavras, pausas audíveis (p. ex. uh, ah) silenciosas; circunlocução substituindo palavras problemáticas, palavras produzidas com excesso de tensão física e ansiedade a respeito dos sintomas acima, relacionada com esquiva de situações de fala, apontando para aspectos funcionais na descrição deste fenômeno. Para Van Riper e Emerick (1990/1997), a gagueira tem três aspectos principais: um comportamento de fala anormal, devido à repetição e prolongamentos de sons e sílabas, reações emocionais e atitudes negativas que resultam em ajustes no estilo de vida. Os mesmos autores citam variáveis contextuais e a influência das emoções na gagueira: “Ansiedade, frustração, vergonha e outras emoções negativas tomam conta da pessoa quando ela tenta falar [...]. Com os repetidos fracassos no ato de falar, o gago passa a acreditar que [ele] é imperfeito e inferior como pessoa; [...] sua autoimagem torna-se tão infiltrada com pensamentos mórbidos e negativos que ela antecipa e interpreta a maioria de suas experiências diárias em termos de sua anormalidade” (p. 262).

Em todas essas definições, os aspectos topográficos, repetições, prolongamento de som, etc., e a relação deles com aspectos emocionais negativos predominam. Especialidades que propõem o estabelecimento de comportamentos de relevância social como a FAP e a Análise Aplicada do Comportamento podem contribuir de modo a oferecer uma abordagem funcional ao problema. Se estas formas de fala são comportamentos operantes, dimensões como a frequência, a intensidade, o controle de estímulos antecedente estão sob controle das suas próprias consequências. O presente estudo vem apresentar um caso clínico de um adulto com padrão comportamental caracterizado como gagueira, sua análise e algumas possibilidades de intervenção e tratamento. Os problemas analisados neste caso foram resultados de uma história de fuga/esquiva de situações interpessoais aversivas, que ocorriam também em contexto terapêutico. O objetivo da terapia, portanto, foi diminuir a frequência dessas esquivas, e facilitar junto ao cliente, a aceitação das reações emocionais negativas atreladas a ela (Conte & Brandão, 1999). Desta forma, o relacionamento terapêutico ofereceu ao cliente, a oportunidade de aprender a lidar de uma maneira mais produtiva com sentimentos difíceis decorrentes da interação com seus pares sociais.

A leitura deste estudo pode ajudar outros terapeutas, por meio de sugestões, para propor intervenções aos seus clientes com padrões de gagueira. É importante ressaltar que, apresentam-se aqui apenas algumas possibilidades de utilização de técnicas. De acordo com a Análise do Comportamento devem-se privilegiar processos idiossincráticos, sendo que, a partir da análise das contingências, podem-se encontrar possibilidades de intervenções únicas para o caso. Assim, este artigo pretende mostrar as possibilidades da interação terapeuta-cliente em conjunto com outras intervenções sobre o fluxo da fala, sempre privilegiando uma leitura funcional do processo.

## ESTUDO DE CASO

### *O cliente*

João (nome fictício), à época do atendimento em uma clínica-escola tinha 25 anos de idade, solteiro, caçula de uma família de três filhos, estudante universitário, pertencente à classe econômica média-baixa. Aos três anos de idade, seus pais se separaram. O pai se manteve ausente. Sua mãe faleceu quando ele estava com oito anos de idade. Nesta época, a irmã mais velha de João morava com a tia, e ele e o irmão foram morar na fazenda em que o pai trabalhava, onde viveu por cerca de três anos, até voltar a morar na cidade com sua irmã de 32 anos e o marido dela.

### *As queixas*

O cliente procurou atendimento na clínica-escola com as seguintes queixas, descritas por ele: gagueira, medo de falar, preocupações a respeito de sua vida social, profissional e afetiva. Relatou que, a partir do falecimento de sua mãe e na fase da adolescência, sua gagueira ficou mais evidente. João dizia sentir-se incapacitado e se preocupava com seu futuro profissional e afetivo, pois, segundo ele, a gagueira já o tinha prejudicado em várias áreas. Relatou que, quanto maior o número de pessoas, conhecidas ou não conhecidas, presentes no ambiente, maior a frequência da gagueira, limitando seu desempenho social. Na infância, lembra-se que foi muito reprimido pelos familiares e que na escola, passou por situações constrangedoras por causa da gagueira que voltaram a se repetir na faculdade.

Aos 18 anos de idade, participou de um grupo de jovens e adultos gogos. Este grupo era ministrado por uma fonoaudióloga que ensinava exercícios para controle da pronúncia de palavras e fortalecimento da musculatura da língua. Não percebeu melhora na gagueira, e um episódio relatado como grosseria da fonoaudióloga com uma criança, o fez desistir do tratamento. À época das sessões de terapia, ele não apresentava nenhum outro problema de saúde e não utilizava medicamentos. João avaliava sua gagueira como leve a moderada. Disse ter boas expectativas em relação ao tratamento psicológico, por compreender que sua queixa poderia ser devido a causas emocionais.

João apresentou os três aspectos principais da gagueira, segundo Van Riper e Emerick (1990/1997): padrão de comportamento de fala anormal com repetição e prolongamentos de sons e sílabas; reações emocionais e atitudes negativas em relação à sua gagueira; e, ajustes no estilo de vida, com possíveis isolamentos sociais.

### *O local*

Os atendimentos foram realizados numa clínica-escola, por um estagiário do 5º ano do curso de Psicologia, supervisionado por sua professora, sob a mediação teórica da Análise do Comportamento. Foram realizadas 30 sessões de atendimento com duração aproximada de 55 minutos cada. Houve o contato do terapeuta com a fonoaudióloga que atendia João, para coletas de informações que se fizeram necessárias. As sessões ocorriam semanalmente, e as coletas de dados foram realizadas durante as sessões individuais, por meio do relato verbal do cliente. Todas as sessões foram registradas, e o participante assinou termo de consentimento e compromisso, padrão da clínica-escola, para o uso dos registros para fins de pesquisa.

*As contingências na história de vida*

A partir da coleta de dados da história de vida de João, foi feita uma análise das contingências que vigoraram mais frequentemente, dividida por fases de sua vida. Nos relatos de João, ficou claro que o reforçamento negativo foi o processo principal. Ao gaguejar e se expor a situações de constrangimento e interferências nas interações verbais, os comportamentos que afastavam João de demandas de exposição social e de comunicação interpessoal aumentaram de frequência. Porém, esse comportamento de fuga/esquiva gerou também diversas consequências prejudiciais, que são resumidas nas Tabelas 1 a 3. Estas consequências, por sua vez, deixaram as demandas de exposição social e de comunicação interpessoal ainda mais aversivas, tornando a evitação destas situações, mais reforçadora, uma vez que o comportamento de evitar o contato com consequências aversivas é que aumentou de frequência.

Na infância de João, episódios de gagueira, conforme relatos dele, foram intensificados com a morte de sua mãe quando este tinha oito anos de idade. Sendo tais episódios mais evidentes, aumentaram-se então, as consequências aversivas dispostas pelas pessoas de sua convivência. Em alguns contextos, punições positivas produzidas pelas respostas de gaguejar adquiriram funções aversivas intensas.

*Tabela 1. Análise das contingências da história da gagueira – Infância.*

<i>Antecedentes</i>	<i>Respostas públicas</i>	<i>Sentimentos simultâneos à resposta pública *</i>	<i>Consequências Prejudiciais</i>
Diante dos familiares e do irmão.	Aumento da frequência de gaguejar.	Vergonha e ansiedade.	Críticas constantes por parte do irmão e do pai.
Diante dos colegas de classe.	Aumento da frequência de gaguejar.	Vergonha e ansiedade.	Críticas diversas: gozações, interrupções, apelidos pejorativos.

\*Sentimentos relatados pelo cliente.

Na adolescência, comportamentos como falar em público, falar ao telefone, buscar emprego e iniciar relacionamentos afetivos, adquiriram funções aversivas e, assim, evocaram respostas emocionais indesejadas. O aumento da frequência da resposta de gaguejar fazia com que João evitasse tais contextos, e se isolasse. Além disso, as punições aplicadas pelo irmão e pelo pai, durante a infância, ainda foram mantidas constantes no período da adolescência.

Ao gaguejar, João produzia, também na vida adulta, situações aversivas. Como esquivava de tais consequências, o cliente passou a evitar situações sociais e contextos públicos. Assim, tal padrão de gagueira impedia-o de realizar atividades necessárias à sua vida cotidiana, como falar em público, inclusive no ambiente da faculdade, que exigia dele, comportamentos como apresentar seminários e fazer leituras em público. Seu contato social era bastante restrito, já que, diante destas situações aversivas, ele emitia comportamentos de fuga e esquiva.

Tabela 2. Análise das contingências da história da gagueira – Adolescência

<i>Antecedentes</i>	<i>Respostas Públicas</i>	<i>Sentimentos simultâneos à resposta pública *</i>	<i>Consequências Prejudiciais</i>
Demandas para falar em público e ao telefone. Oportunidade de emprego e de relacionamentos afetivos.	Aumento da frequência de gaguejar. Aumento da frequência de fuga e esquiva das situações de comunicação.	Vergonha e ansiedade.	Afastamento de oportunidades sociais, como empregos e contato afetivo.
Diante do pai e do irmão.	Aumento da frequência de gaguejar.	Medo e ansiedade.	Críticas, por exemplo: “vira homem e aprende a falar”.

\*Sentimentos relatados pelo cliente.

Tabela 3. Análise das contingências da história da gagueira – Adulto Jovem

<i>Antecedentes</i>	<i>Respostas Públicas</i>	<i>Sentimentos simultâneos à resposta pública *</i>	<i>Consequências Prejudiciais</i>
Oportunidade de contato com pessoas estranhas e em público, e com seu grupo acadêmico.	Aumento da frequência de gaguejar. Aumento da frequência de fuga e esquiva do contato interpessoal.	Hostilidade.	Crítica por parte das pessoas. Afastamento interpessoal do grupo de acadêmicos.
Instrução para ler em público (por exemplo, em seminários e na igreja).	Aumento da frequência de gaguejar. Pedir para outra pessoa ler.	Ansiedade.	Críticas, gestos e brincadeiras pejorativas na sala de aula e insistência para fazer leitura na igreja.
Demandas para falar ao telefone com pessoas estranhas, por exemplo, no trabalho.	Aumento da frequência de gaguejar. Pedir para outra pessoa atender no seu lugar.	Ansiedade.	Não cumprimento de tarefas no trabalho. Construção de uma imagem de inadequado e incompetente.

\*Sentimentos relatados pelo cliente.

### *Intervenções Terapêuticas*

O tratamento integrou técnicas provenientes da abordagem comportamental tradicional do gaguejar com a abordagem clínica da FAP. Assim, foram propostos exercícios derivados do primeiro enfoque, para diminuir respostas fisiológicas de ansiedade de João diante das situações temidas, nas quais o comportamento de gaguejar era mais frequente. As técnicas tradicionais usadas foram:

Treino de relaxamento focado na respiração, com objetivo de diminuir respostas fisiológicas que eram eliciadas por contextos sociais de comunicação. Tais técnicas foram treinadas durante as sessões, esclarecidas suas funções, para que João pudesse usá-las quando identificasse contextos em que elas seriam úteis.

Treino de controle da respiração (veja Vandenberghe, 2004a), consistindo na aprendizagem de uma técnica de expiração suave e prolongada no início de palavras que representam o perigo de gaguejar. Tal técnica diminui a probabilidade que espasmos interferissem na fluência da fala. Permitiu também, que o cliente enfrentasse a situação de fala, sabendo que ele mesmo tem domínio, ou ao menos, a capacidade de influenciar a probabilidade do comportamento de gaguejar.

Ensaio comportamentais: ensaio de estratégias de enfrentamento dentro do contexto clínico não punitivo, com objetivo de oportunizar a João emitir determinadas respostas associadas a emoções negativas, sendo que, neste contexto, as consequências de tais respostas eram diferenciadas das consequências vividas em outros contextos. Assim, o terapeuta apresentava consequências como ouvir com atenção, atender às necessidades e aos significados expressos pelo cliente, e levar o que foi falado a sério, diminuindo, então, a relação entre a emissão do comportamento verbal (com gagueira ou não) e as consequências aversivas. As estratégias de enfrentamento que eram ensaiadas na clínica poderiam ser emitidas fora dela, conforme critérios de próprio cliente. Assim, foram instalados novos repertórios para lidar com situações aversivas que evocavam comportamento de gaguejar.

Todas estas intervenções tiveram com base, uma lista hierárquica dos contextos mais aversivos que eram enfrentados por João, e foi construída com o objetivo de trabalhar, posteriormente, a exposição gradual a estas situações (ver Tabela 4). Em paralelo, foram desenvolvidas estratégias de manejo de respostas no contexto da relação interpessoal terapeuta-cliente, que já era uma nova relação social em que João estava se inserindo, espontaneamente. O terapeuta compartilhava e analisava com João, os efeitos que o enfrentamento tinha sobre o relacionamento terapêutico, como também, os efeitos que os novos comportamentos de João tiveram no seu ambiente social cotidiano. Usando os princípios da FAP, o terapeuta procurou instrumentalizar o cliente a discriminar e descrever suas respostas privadas, e relacioná-las com as contingências interpessoais no seu cotidiano e na relação com o terapeuta.

Com a intenção de gerar um repertório de enfrentamento na interação terapêutica, o reforçamento diferencial do comportamento de falar compreensivelmente (com gagueira ou não) foi adotado. Ele efetuava bloqueios de esquivas de João na sessão, não permitindo que a conversação fosse interrompida ou que João se afastasse. Estes bloqueios foram naturalmente realizados durante todo o processo terapêutico. Destaca-se que, ao bloquear as esquivas, o terapeuta lançou mão de uma intervenção potencialmente aversiva. Porém, esta intervenção evocou no cliente, comportamentos de enfrentamento, que foram reforçados pelo terapeuta de forma natural<sup>4</sup>, apresentando ao cliente aceitação, apoio, confiança e credibilidade. Estes eram os reforçadores naturais que estavam no poder do terapeuta. E, o aumento do comportamento de enfrentamento de João, mostrou que estas consequências eram efetivamente reforçadoras.

Também foi promovido, durante todo o processo, o treino de observação e discriminação dos comportamentos privados, como os sentimentos e os pensamentos evocados em situações aversivas, com o objetivo de tornar consciente para João, quais contingências geravam quais respostas nele. Ao discutir a vivência do seu cotidiano, descobriu, junto com o terapeuta, alternativas comportamentais no enfrentamento das situações de fala, como também, comportamentos assertivos mais sutis nas situações sociais em que foi criticado. Por exemplo, em contextos do passado, nos quais as reações dos outros o tornava hostil, ele assumiu a identidade de gago, informando esta dificuldade com leveza. João relatou que ao apresentar um seminário

4) O termo reforço natural se refere às consequências que seguem logicamente e diretamente ao próprio comportamento do cliente. Eles pertencem à mesma classe de eventos reforçadores que o cliente pode acessar em seu cotidiano, fora da sessão, ao emitir comportamentos mais adequados (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012, p.26).

em sala, havia recebido aplausos e elogios, que para ele foram “muito significativos”. Ele disse que apesar de ter gaguejado, foi “bem compreendido por todos”. O reforço fora do consultório ocorreu, então, independente do gaguejar, mas contingente ao comportamento de enfrentar a situação. Num momento de apreensão, “mudou de comportamento com uma leve brincadeira sobre o tema”, e concluiu: “Se fosse há tempos atrás, não estaria enfrentando os desafios”.

Tendo em vista a conjugação de técnicas comportamentais tradicionais para tratamento do gaguejar com a visão clínica da FAP, uma lista de metas a serem atingidas, foi organizada de maneira crescente em ordem de dificuldade, pelo próprio cliente (ver Tabela 4):

*Tabela 4. Hierarquia de contextos aversivos em ordem crescente*

<i>Graus</i>	<i>Contextos aversivos (do menor ao maior)</i>
1	Conversar com os amigos e pessoas próximas
2	Conversar com crianças
3	Falar de assuntos que conhece bem
4	Iniciar um novo relacionamento afetivo
5	Falar ao telefone com pessoas que não conhece
6	Procurar emprego
7	Realizar leituras em sala de aula
8	Falar em público (principalmente ao ser avaliado)

Assim, a cada semana, o cliente executou uma tarefa da sua lista de metas, e fez observações sobre os sentimentos/comportamento verbal encoberto como pensamentos, as consequências dos comportamentos que ele conseguia emitir. Assim, ele escolhia sua tarefa por seus próprios critérios de estabilidade de respostas já adquiridos (minimização de respostas de desconforto ao falar em público, presença da audiência, etc...), que incluía sentir-se pronto e seguro para agir no ambiente natural. O objetivo era a emissão de comportamento de falar em situações naturais, e principalmente, a diminuição das respostas de fuga e esquiva das situações aversivas.

Para alcançar esse objetivo, durante as sessões, os CRBs1 de João, a fuga/esquiva de situações de comunicação com o terapeuta, foi sistematicamente bloqueada, não permitindo que o João interrompesse a conversação. Quanto aos CRBs2, comportamentos produtivos para o aprofundamento do vínculo terapêutico, e que ajudam fora do consultório nas relações interpessoais e a boa comunicação, eram fortalecidos pelo terapeuta (ver Tabela 5). Estes comportamentos são incompatíveis com a queixa. Se emitidos, revelam diminuição da esquiva em situações de interação, indicando melhora. Ou seja, conforme João falava com o terapeuta, diminuindo as esquivas, isto facilitava a comunicação entre eles. Ao falar com maior ousadia, percebia a situação interpessoal no consultório, como mais segura. Ao mesmo tempo, relatou que era capaz de enfrentar, com o terapeuta, níveis de proximidade e abertura interpessoais, dos quais anteriormente fugia nos contextos sociais fora do consultório.

No contexto da interação terapêutica, o cliente percebia que não era necessário falar perfeitamente para ser aceito pelo terapeuta. Também aprendia que, ao invés de fugir da comunicação, evitando falar, ele poderia manejar os problemas. É importante que o cliente não entenda o relacionamento com o terapeuta como diferente dos outros ambientes sociais. Como a demanda de falar com outras pessoas no cotidiano, a necessidade de falar com o terapeuta era também aversiva. Porém, a proximidade interpessoal do relacionamento terapêutico transformou em reforçamento natural a atenção sensível do terapeuta e suas tentativas de atender às necessidades de apoio, expressos pelo cliente. Isto por sua vez, permitiu ao cliente perceber que é o seu próprio comportamento, ao enfrentar a comunicação com o terapeuta, que faz a diferença.

Por esse processo, a interação entre eles deixou de ter como foco a aversividade da situação interpessoal, e passou a ser controlada pelos ganhos com o comportamento de enfrentamento. Para generalizar este comportamento de enfrentamento, o cliente foi solicitado a observar seus ambientes do cotidiano e “recontextualizá-los” como oportunidades para emitir comportamentos alternativos e flexíveis. Aprendeu a alterar as variáveis ambientais que assumem maior efeito sobre o comportamento de gaguejar, e desenvolver novas estratégias, na medida em que diferentes fontes de reforçamento eram acessadas no ambiente natural.

### *Medidas*

Apesar da orientação do presente estudo ser funcional e não topográfico, foi aplicada uma escala de unidades subjetivas de sofrimento (tradicionalmente conhecida pela sigla inglesa SUDS para *Subjective Units of Distress*). A escala foi aplicada oralmente, na terceira e na última sessões com a finalidade de obter medidas comparáveis do grau de prejuízo que João estava relatando em diferentes momentos da terapia. O dado obtido pela escala foi, a partir de questões específicas e do relato do cliente, avaliar de 0 a 100, em que medida a gagueira prejudicou a vida social e afetiva.

Os dados funcionais coletados ao longo do processo foram discutidos em supervisão e descritos primeiramente, de forma discursiva, antes de serem resumidos nas diversas tabelas apresentadas no presente artigo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O escore relatado pelo cliente, no início do tratamento, sobre o sofrimento decorrente de sua gagueira foi de 60 na escala SUDS, e ao final do processo de intervenção, o escore relatado foi entre 10 e 15, especificando que não prejudicava mais a sua vida social e afetiva.

João aprendeu a identificar e alterar as situações sociais, que tem efeito sobre o comportamento de gaguejar e sobre as respostas de fuga e esquiva de situações aversivas (veja Tabela 6). Ele mudou sua maneira de lidar com eventos difíceis. A relação com o terapeuta oferecia a oportunidade de se expor exatamente ao contexto temido, a saber, o de comunicação e avaliação por outra pessoa. Em vários momentos, o terapeuta criou situações que facilitaram o aparecimento de CRB's 1, como durante os ensaios comportamentais, o treino das diferentes técnicas sobre as quais, terapeuta e cliente tiveram que comunicar, e principalmente, durante as trocas espontâneas entre os dois. Foram justamente, nas situações interpessoais de consultório enfrentadas por João, que os comportamentos de fuga/esquiva puderam ser superados.

*Tabela 5. Análise das contingências do falar – No consultório*

<i>Antecedentes</i>	<i>Respostas públicas</i>	<i>Sentimentos simultâneos à resposta pública *</i>	<i>Consequências Reforçadoras</i>
Situação de consultório.	Expressar-se frente ao terapeuta.	Segurança e autoconfiança.	O terapeuta reage atenciosamente, levando em conta o que o cliente diz, tentando atender às necessidades expressar na fala dele.

\*Sentimentos relatados pelo cliente.

Esta intervenção, que adotou pressupostos da Análise Aplicada do Comportamento beneficiou-se, também, da contribuição da FAP que permitiu que os comportamentos do terapeuta se tornassem mais uma

ferramenta, pela sua maneira aberta e atenta de relacionar-se com o cliente. Pode-se dizer que o cliente usou a relação com o terapeuta para poder observar de perto como ele (o cliente) afetava a outra pessoa (o terapeuta) numa situação de fala. Isto contribuiu para que ele descobrisse como lidar com as consequências do gaguejar e, aprendeu a manejar a situação interpessoal melhor.

Uma vez aprendidos, estes novos comportamentos também foram estendidos para o ambiente natural do cliente. Por exemplo, explicando sua dificuldade em falar, evitou respostas hostis de outras pessoas direcionadas a ele. Focando o objetivo da conversação, ao invés de se concentrar em evitar o gaguejar, as disfluências deixaram de ser percebidas. A generalização para situações cotidianas fora do consultório foi facilitada pelos ensaios comportamentais e pela discussão das variáveis de controle, quando João aprendeu a discriminar as contingências que geravam as respostas dele. De acordo com relatos de João, a frequência de fuga e esquiva dos contextos sociais diminuiu, gerando maior contato social e acesso a novos reforçadores decorrentes disso. O cliente relatou que a ansiedade que acompanhava as situações nas quais gaguejava diminuiu, e que se sentia mais autônomo, aceito e respeitado pelas pessoas com quem interagiu.

*Tabela 6. Análise das contingências do falar – Na vida cotidiana*

<i>Antecedentes</i>	<i>Respostas públicas</i>	<i>Sentimentos simultâneos à resposta pública *</i>	<i>Consequências Benéficas</i>
Oportunidade de contato com pessoas estranhas e em público, e com seu grupo acadêmico.	Se arrisca a falar.	Menor ansiedade e maior segurança.	Aumento do contato interpessoal.
Instrução para ler em público (por exemplo, em seminários e na igreja).	Se expõe e participa ativamente das atividades.	Menor ansiedade e maior segurança.	Realização das tarefas solicitadas.
Demandas para falar ao telefone com pessoas estranhas, por exemplo, no trabalho.	Enfrenta tarefas de forma mais independente e autônoma.	Autoconfiança.	Construção de uma imagem de competência.

\*Sentimentos relatados pelo cliente.

Os sentimentos negativos que dominaram fases anteriores de sua vida, não estavam mais presentes em seus relatos. Ele aprendeu a lidar melhor com seus conflitos, e com ambientes interpessoais difíceis, e destacou a importância da compreensão do outro, da comunicação adequada no estabelecimento de vínculos, e na maneira de agir frente a determinadas situações.

Ao retomar a literatura apresentada anteriormente, os comportamentos compensatórios tipicamente envolvidos no gaguejar (Jakubovicz, 1986; Meira, 1986; Barbosa & Chiari, 2005) podem ser entendidos como resultado das tentativas de esquivas mal sucedidas de situações aversivas por parte de João. A melhora clínica se mostrou numa nova maneira de se relacionar com as emoções negativas, que tipicamente são geradas pelas dificuldades causadas pelos problemas de comunicação do gago, ao ponto de fazer parte do próprio transtorno (Van Riper & Emerick, 1990/1997). Reduzir a frequência elevada de certas formas de fala problemáticas como característica visível do gaguejar (Goldiamond, 1965/1972) foi, sem dúvida, um

aspecto importante das melhoras clínicas obtidas. Porém, esta redução pode ser melhor compreendida no contexto da aceitação das interações e vivências negativas assim como o abandono de estratégias de esquiva (em forma de comportamentos compensatórios). O relacionamento terapêutico teve um papel fundamental, ao facilitar a aceitação das emoções negativas e enfraquecer as esquivas (Conte & Brandão, 1999; Tsai *et al.*, 2011; Tsai *et al.*, 2012), mudanças estas que levaram João a perceber que, gaguejar durante uma conversa, deixou de ser um problema ameaçador para ele.

Como limitação do estudo, apontamos que não foi realizado um diagnóstico diferencial da fobia social, por focarmos o comportamento de gaguejar. Além disso, também não se obteve informações após o fim dos atendimentos (do tipo *follow-up*), por ter sido um estudo realizado em clínica-escola por um aluno que finalizou sua formação juntamente com o fim dos atendimentos, e também, pelo cliente não ter buscado novamente a clínica-escola, o que pode ser um indicativo de melhora.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual – Fifth Edition*. Washington: APA.
- Barbosa, L. M. G., & Chiari, B. M. (2005). *Gagueira: etiologia, prevenção e tratamento*. 2ª ed., Barueri-SP: Pró-Fono.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia analítica funcional: a relação terapêutica e a análise comportamental clínica. Em: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação*. (Vol. 4, pp.134-148) Santo André-SP: ESETEC.
- Goldiamond, I. (1972). Gaguez e fluência como classes de resposta operante manipuláveis. Em: L. A. Krasner e L. P. Ullman (org.), *Pesquisas sobre Modificação de Comportamento*. (C. M. Bori, Trad. pp. 135-198). São Paulo: Herder/USP. (Trabalho original publicado em 1965).
- Gomes, M. J. C. (2000). Tratando da Gagueira: das credices ao rigor científico. Em: R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. (Vol. 5, pp. 152-160) Santo André-SP: ESETEC.
- Gomes, M. J. C. (2004). Melhora de desempenho na gagueira: o que a terapia comportamental cognitiva tem a oferecer? Em: M. Z. Brandão (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências – Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (Vol. 13, pp. 326-332). Santo André-SP: ESETEC.
- Gomes, M. J. C., & Kerbauy, R. R. (2007). Estratégias de enfrentamento utilizadas por gagos adultos, não submetidos a terapia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (1), 81-102.
- Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (2), 173-181.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Jakubovicz, R. (1986). *A gagueira: teoria e tratamento de adultos e crianças*. Rio de Janeiro: Edições Antares.

- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13* (6), 579-592.
- Meira, I. (1986). *Gagueira: do fato para o fenômeno*. São Paulo: Cortez.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um Guia Para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo*. Santo André-SP: ESETec.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Vandenberghe, L. (2004a). Reversão de habito. Em: Nabuco de Abreu, C. & Guilhardi, H. J. (org.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas Clínicas*. (p. 226-230). São Paulo: Roca.
- Vandenberghe, L. (2004b). A Análise Funcional. Em: M. Z. Brandão (org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências – Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (Vol. 13, pp. 62-71). Santo André-SP: ESETec.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira Onda e Terapia Analítico-Comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto, 34*, 33-41.
- Vandenberghe, L., & Basso, C. (2004). Informal construction of Contingencies in Family-Based Interventions for Oppositional Defiant Behavior. *The Behavior Analyst Today, 5* (2), 151-157.
- Vandenberghe, L. & Gauy, F. V. (2011). Terapias Comportamentais e Cognitivas. Em: L. A. Becker (Org.). *Psicologia para Concursos e Graduação*. (pp. 175-202). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática, 7* (1), 127-136.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification, 36*, 87-119.
- Yairi, E. (1997). Disfluency characteristics of childhood stuttering. In: R. F. Curlee & G. M. Siegel (Orgs.), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*. 2ª ed. (pp. 49-78). Boston: Allyn and Bacon.

Received: October 16, 2013;

Accepted: May 22, 2014