

## A BUSCA DE CONTATO PSICOLÓGICO COM AUTISTA ATRAVÉS DA PRÉ-TERAPIA: UM ESTUDO DE CASO

FREITAS, Aramis Welliton de<sup>1</sup>  
MALISZEWSKI, Régis.<sup>2</sup>

### RESUMO

O diagnóstico clínico do Transtorno do Espectro Autista, nível 3 possui, como principal característica, um prejuízo no que fora denominado pelo psicólogo Carl Ransom Rogers, de Contato Psicológico. O estabelecimento e/ou restabelecimento do Contato Psicológico é o objeto de trabalho da técnica denominada Pré-Terapia, desenvolvida por Garry Prouty. Este estudo objetiva analisar o uso das técnicas da Pré-Terapia como ferramenta para desenvolvimento de Comportamentos de Contato na relação com um indivíduo diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista, nível 3, atendido na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Cascavel-PR. A pesquisa caracterizou-se de caráter exploratório, com delineamento quali e quantitativo, a qual, baseou-se em um estudo de caso único como contexto de problematização da temática abordada. Tem-se como propósito demonstrar o impacto dos procedimentos adotados com a Pré-Terapia, de modo a propor a utilização desta como método de intervenção com pessoas acometidas do Transtorno do Espectro Autista.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-Terapia, Autismo, Contato Psicológico.

### THE SEARCH PSYCHOLOGICAL CONTACT WITH AUTIST THROUGH PRE-THERAPY: A CASE STUDY

### ABSTRACT

The clinical diagnosis of Autistic Spectrum Disorder, Level 3 has, as its main feature, a loss in what had been called by psychologist Carl Ransom Rogers, Psychological Contact. The establishment and / or restoration of Psychological Contact is the technique of the work object called Pre-Therapy, developed by Garry Prouty. This study aims to analyze the use of the techniques of Pre-Therapy as a tool for Contact Behaviors of development in relation to an individual diagnosed with Autism Spectrum Disorder, level 3, attended the Association of Parents and Friends of Exceptional Children (APAE) of Cascavel- PR. The study used an exploratory character, with qualitative and quantitative design, which was based on a single case study as problematic context of the theme. it has the purpose to demonstrate the impact of the procedures adopted by the Pre-Therapy, to propose the use of this method as an intervention with people suffering from Autism Spectrum Disorder.

**KEY-WORDS:** Pre-Therapy, Autism, Psychological Contact.

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Psicologia ministrado pela Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. E-mail: aramisdefreitas@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil (2009). Docente do curso de Psicologia ministrado pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. E-mail: regispsico@yahoo.com.br

## 1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico clínico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) possui, dentre suas características, um prejuízo no que fora denominado pelo psicólogo Carl Ransom Rogers, de Contato Psicológico. O estabelecimento e/ou restabelecimento do Contato Psicológico é objeto de trabalho da técnica denominada Pré-Terapia, desenvolvida por Garry Prouty. A pesquisa utilizando tal técnica, por parte dos psicólogos, ainda está deveras incipiente no Brasil, sendo ainda mais rara a presença de pesquisas que apliquem tal técnica com autistas. Os artigos publicados com esse foco detém-se, em sua grande maioria, nos países da Europa e Estados Unidos da América.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 AUTISMO

Dentre os principais transtornos evidenciados atualmente, se observa elevações na incidência de diagnósticos de autismo, caracterizando uma das principais patologias diagnosticadas no século XXI. Mas para tal compreensão acerca da dimensão da problemática evidenciada, torna-se fundamental entender quais as características e os diversos critérios diagnósticos utilizados para se conceber a comprovação do Transtorno (DSM-5, 2014).

Segundo a American Psychiatric Association, no DSM-5 (2014), se traz como padronização a classificação de Transtorno do Espectro Autista, constituído a partir de alguns critérios diagnósticos:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, [...] atualmente ou por história prévia, [...] B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades [...] C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento [...] D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente; E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual [...]  
(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-5, 2014, p. 50)

Ainda sobre esta perspectiva de conceituação e classificação do Autismo, a Organização Mundial da Saúde – OMS, através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, F84, concebe a patologia em um “grupo de transtornos

caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo” (OMS, 2003, p. 367). Afirma ainda que a sintomática evidenciada se apresenta como uma característica global do funcionamento do sujeito, acompanhando-o em todas as ocasiões vividas.

Assim, embora hajam pequenas distinções acerca da caracterização do transtorno, torna-se observável que todas comungam de uma premissa em comum, a qual se refere que a pessoa diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista possui um grande prejuízo frente seus relacionamentos sociais, sobre tudo, aquelas que manifestam uma sintomatologia mais agravante da patologia (DSM-5, 2014; OMS, 2003)

Desta maneira, entende-se que o tratamento em relação ao transtorno deve-se consistir como foco central o estabelecimento e/ou restabelecimento do relacionamento social entre a pessoa diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista e as esferas sociais que compõem o contexto que a cerca. Assim, para Rogers (2001), torna-se necessário compreender a pessoa com diagnóstico patológico como sujeito, possibilitando-a expressar seus pensamentos e sentimentos, devendo o profissional compartilhar de uma mesma realidade em comum frente a este ser-humano, o que ele denominara como Contato Psicológico.

Deste modo, é trazida como proposta de intervenção a visão teórica apresentada pela Abordagem Centrada na Pessoa, onde esta caracteriza como essência que o terapeuta caminhe, segundo Bozarth (1998, apud TAMBARA E FREIRE, 1999, p.23), em “direção do cliente, no ritmo do cliente e na modalidade única de ser do cliente”. O terapeuta se fundamenta como um agente facilitador do processo, tornando-se um catalisador do movimento de relação e aprendizagem instituído pelo cliente.

## 2.2. TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE

A Terapia Centrada no Cliente foi apresentada e difundida pelo estudioso Carl Ransom Rogers, tendo como marco inicial a data de 11 de dezembro de 1940, onde o mesmo fora convidado a promover uma palestra na Universidade de Minnesota. Sem pretensões de propor algo novo, apresentou alguns pontos que acreditava serem comuns aos terapeutas da época. Contudo, foi criticado por parte da plateia que o assistia, e aclamado por outros que ali estavam presentes, permitindo ao autor a reflexão de que não só trazia uma nova tendência em psicoterapia e uma

abordagem única, criada por ele, como também uma teoria inovadora e revolucionária para todo o contexto ideológico e profissional da ciência psicológica (TAMBARA e FREIRE, 1999). Assim, Rogers definira uma abordagem das relações humanas, a qual busca focalizar nas potencialidades criativas desenvolvidas pelo ser-humano.

Um dos pilares principais, que sustentam o pensamento fundamental dessa teoria, consiste em atribuir que todo e qualquer sujeito possui uma tendência a auto-realização. Segundo Rogers (2001, p.40), “o indivíduo traz dentro de si a capacidade e a tendência, latente se não evidente, para caminhar rumo à maturidade”. O sujeito é capaz de manifestar sua tendência atualizante, desde que encontre condições necessárias para esta mudança de personalidade.

Assim, é a partir do relacionamento estabelecido entre terapeuta e cliente, que surgirá meios para a expressão desta tendência atualizante. Rogers (2001, p.40) afirma “que o indivíduo descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer”. Desta forma, o terapeuta agirá como um mediador, isto é, propiciando meios junto ao indivíduo para que este possa buscar sua própria mudança.

Em um clima psicológico adequado, essa tendência é liberada, tornando-se real ao invés de potencial. Isto se mostra evidente na capacidade do indivíduo para compreender aqueles aspectos da vida e de si mesmo [...] Isso se revela na tendência para reorganizar sua personalidade e sua relação com a vida em maneiras que são tidas como mais maduras.  
(ROGERS, 2001, p.40)

Para que ocorra o relacionamento terapêutico, o terapeuta deve compreender o contexto do cliente pela ótica que este traz. Holanda (2009, p. 42) afirma que “Rogers, ao longo de sua obra, coloca que o objetivo do terapeuta é participar da experiência imediata do seu cliente. Para isto é necessário que o terapeuta saiba escutar e observar, estar atento aos movimentos da relação e à sua interação com seu cliente”. Assim, para que o psicólogo e o cliente possam compartilhar de uma mesma realidade, e possibilitar meios para o crescimento do indivíduo, se tem a necessidade de se estabelecer condições para a promoção de mudança de personalidade na relação terapêutica. Tambara e Freire (1999), utilizando-se do pensamento “rogeriano”, afirmam que as condições necessárias para mudança de personalidade são:

1. Que duas pessoas estejam em contato psicológico;
2. Que a primeira, a quem chamaremos de cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa;
3. Que a segunda pessoa, a quem chamaremos de terapeuta esteja congruente ou integrada na relação;
4. Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente;
5. Que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do referencial de estrutura interna do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente;
6. Que a

comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetivada, pelo menos, num grau mínimo.  
(TAMBARA e FREIRE, 1999, p.87-88)

Desta forma, a prática clínica se dá a partir do relacionamento entre cliente e terapeuta como fator foco na sessão. Para Rogers (1992, p. 11) “a um nível mais profundo, ela se fundamenta em observações atentas, íntimas e específicas do comportamento humano em um relacionamento”. Mas o autor pondera que não se trata de uma técnica estática, mais ou menos mecânica, mas sim de uma teoria que trabalha com conceitos dinâmicos, sobre um quadro de mudanças numa abordagem geral de problemas a relacionamentos humanos.

A Terapia Centrada no Cliente busca a compreensão do próprio indivíduo, ao invés do processo psicopatológico ou conflito no qual este se encontra, de forma que esta pessoa e terapeuta estejam em um relacionamento dialético, compartilhando de uma realidade em comum, atribuindo ao primeiro a condição de sujeito ativo, permitindo-o sair da passividade perante o diagnóstico psicopatológico. Para Holanda (2009, p. 58) “na terapia não é o conteúdo, mas a qualidade da expressão o mais importante [...] A psicoterapia é uma *relação* que se caracteriza fundamentalmente por ser compreendida como *interação* [...]”. Assim, para que uma relação terapêutica possa ser estabelecida, se faz necessário um movimento por parte do cliente na aceitação da figura do psicoterapeuta, ao que, em contrapartida, exige a necessidade de outro movimento por parte do profissional, na atitude de compreender o sujeito em tratamento.

Assim, para que ocorra a relação e interação entre psicoterapeuta e cliente, se faz necessário, como já foi mencionado, que ambos estejam em contato psicológico. Porém, se traz a seguinte problemática: como realizar um acolhimento e trabalho psicoterápico com sujeitos que não apresentam a habilidade do contato psicológico, decorrente de prejuízos biopsicossociais?

Como sugestão de resposta a esta temática, se concebe a Pré-terapia como modelo prático para o trabalho com pessoas com índices reduzidos de Comportamentos de Contato.

### 2.3. PRÉ-TERAPIA

O desenvolvimento da Pré-terapia ocorre como seguimento e sugestão de trabalho em relação ao projeto Wisconsin de Carl Ransom Rogers, o qual se caracteriza como o estudo pioneiro no trabalho com esquizofrênicos, no que tange a metodologia da Terapia Centrada no Cliente,

buscando verificar quais as ações do terapeuta que se tornavam fundamentais para o processo terapêutico de mudança naqueles indivíduos. (PROUTY, 2002, apud MALISZEWSKI, 2006).

Porém, embora os indivíduos que participaram da pesquisa chegaram a obter um quadro de melhora, os resultados foram abaixo do almejado, tendo como principal problemática a motivação dos indivíduos ao tratamento. Maliszewski (2006, p.14) relata que “no estudo de Wisconsin, verificou-se com mais clareza que há uma grande diferença em trabalhar com clientes motivados conscientemente e trabalhar com uma pessoa que não tem essa motivação consciente, seja ela neurótica ou psicótica”. Assim, como expansão do trabalho original de Carl Ransom Rogers, se traz como sugestão a Pré-terapia.

Embasada a partir dos estudos de Rogers, a Pré-terapia, concebida por Garry Prouty, é definida como uma teoria e prática da busca do contato psicológico para indivíduos que possuem um prejuízo neste aparato, buscando assim desenvolver as capacidades necessárias para a psicoterapia. (PROUTY, 2001, apud MALISZEWSKI, 2006).

Desta maneira, Garry Prouty elabora a técnica, tendo como premissa a interação com o indivíduo, buscando estabelecer com este, comportamentos que evidenciem funções de contato. As funções de contato são classificadas em CONTATO COM O REAL (o indivíduo percebe a realidade e o ambiente social no qual está inserido), CONTATO AFETIVO (o cliente é capaz de reconhecer sentimentos, emoções e diversas formas de afeto) e CONTATO COMUNICATIVO (onde a pessoa é capaz de relacionar-se e interagir com as esferas sociais de seu contexto, através da comunicação verbal e não verbal). (PROUTY, 2001, apud MALISZEWSKI, 2006)

Assim, Prouty elabora os Reflexos de Contato para a estimulação de Comportamentos de Contato. Os Comportamentos de Contato são caracterizados como ações de interação, por parte do cliente, “que resultam da facilitação das funções de contato através das Reformulações de Contato” (PROUTY, VAN WERDE e PORTNER, 2002). A Pré-terapia dispõe de cinco tipos diferentes de Reflexos de Contato: Reflexos Situacionais, Reflexos Corporais, Reflexos Faciais, Reflexos de Palavra-por-Palavra e Reflexos Reiterativos (SOMMERBECK, 2003).

Reflexos Situacionais – *Situational Reflections* (SR): Buscam facilitar o contato com a realidade. O terapeuta reflete algum aspecto do entorno, contexto ambiental e/ou social, imediato onde cliente e terapeuta estão situados, principalmente os aspectos que o cliente pode estar

consciente de e/ou atento a, fundamentando-se no aqui e agora. (SOMMERBECK, 2006; MALISZEWSKI, 2006).

Reflexos Corporais – *Body Reflections* (BR): Indicado para pessoas que adotam posturas bizarras, ecopraxia e posturas catatônicas. Busca facilitar o contato com a realidade através da percepção do cliente perante sua imagem corporal. O terapeuta reflete a postura corporal ou movimentos do cliente, por imitação corporal (adotando a própria postura do cliente), por reflexão verbal (descrevendo para o cliente a sua postura corporal), ou ambos. (SOMMERBECK, 2006; MALISZEWSKI, 2006).

Reflexos Faciais – *Facial Reflections* (FR): O terapeuta reflete a percepção da expressão facial que o indivíduo demonstra, verbalizando ao cliente os sentimentos implícitos contidos em sua face. O Reflexo de Sentimentos de Expressão Facial do cliente marca uma transição para o comportamento empático deste, que é característica comum da terapia centrada no cliente. Muitas vezes, um Reflexo Facial estimula a mudança nos sentimentos do cliente e assim, também, em sua expressão facial. (SOMMERBECK, 2006; MALISZEWSKI, 2006).

Reflexos de Palavra-por-palavra – *Word-for-Word Reflections* (WWR): O terapeuta reflete, palavra por palavra, o que o cliente acabou de dizer, ou seja, o terapeuta reflete as palavras, frases ou fragmentos de frases, que ele entende, ou as palavras, frases ou fragmentos de frases, que parece mais importante para o cliente. Assim, o Reflexo de Palavra-por-palavra ajuda no contato comunicativo, possibilitando ao cliente reconhecer-se quanto sujeito capaz de promover uma comunicação verbal. (SOMMERBECK, 2006; MALISZEWSKI, 2006).

Reflexos Reiterativos – *Reiterative Reflections* (RR): Não se fundamentam como uma técnica específica, mas como um modo mais eficaz de realizar os reflexos, de modo a facilitar o contato com o cliente. Assim o terapeuta retoma um reflexo que, aparentemente, tenha favorecido para a melhoria do contato. (SOMMERBECK, 2006; MALISZEWSKI, 2006).

Para que se possa estabelecer uma relação terapêutica, torna-se necessário que haja uma comunicação, compartilhamento de uma realidade onde terapeuta e cliente possam perceber-se um ao outro. Rogers (1992, p.551) afirma que “não reajo a uma realidade absoluta, mas a minha percepção desta realidade. É esta percepção, que para mim, é realidade”. Assim a Pré-terapia possibilita, através da busca pelo estabelecimento ou reestabelecimento do Contato Psicológico, promover uma possibilidade para que pessoas avaliadas como “além do alcance Psicoterapêutico”

(SOMMERBECK, 2006), possam ter uma voz ativa, um compartilhamento de uma realidade em comum perante os indivíduos a sua volta, reconhecendo-se como sujeitos capazes de relação e interação com o universo psicossocial no qual estão inseridas. Desta forma, com o reestabelecimento do Contato Psicológico, esta teoria permite a inserção destes sujeitos no processo psicoterapêutico.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. DELINEAMENTO

A pesquisa se caracterizou de caráter exploratório, com delineamento quali e quantitativo, buscando problematizar uma temática objetivando-se, conforme Gil (2002), o aprimoramento de ideias e possibilitando novas perspectivas sobre a situação explorada. Baseou-se em um estudo de caso único, o qual buscou “determinar se as proposições de uma teoria são corretas” (YIN, 2005, p.62).

#### 3.2. PARTICIPANTE

A pesquisa contou com um participante, a quem denominamos como Kevin. Sexo masculino, branco, com idade de 11 anos, possui diagnóstico clínico de Transtorno do Espectro Autista Nível 3 e, desde os 3 anos de idade, vem tendo acompanhamento multidisciplinar pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Cascavel-PR.

O pesquisado vive com os pais, a irmã mais velha (de aproximadamente 16 anos) e o irmão mais novo (de aproximadamente 3 anos de idade).

Kevin, de acordo com a descrição da mãe em entrevista estabelecida anteriormente aos atendimentos, estabelecia pouco contato social, não apresentava oralidade, possuía comportamentos de agressividade, dificuldade no cumprimento de regras, limites e na execução de comandos. Fora dito que o pesquisado já possuiu comportamentos de fala, porém perdeu esta característica quando se instaurou o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, por volta dos 2 anos de idade.

Quanto ao uso de medicação psiquiátrica, já fez uso de diversos medicamentos, porém ao observar mais prejuízos do que melhoras no quadro clínico do filho, a mãe de Kevin decidiu rescindir o uso da medicação e aderir ao tratamento homeopático para a normatização da saúde



deste. Restringiu o uso a um único medicamento: a Risperidona, que, segundo Bernik (2013), caracteriza-se como um fármaco antipsicótico utilizado no tratamento psiquiátrico.

Em relação ao seu convívio com a equipe multiprofissional e outros alunos da APAE, Kevin estabelece relacionamento apenas com os profissionais, vindo a não interagir com outras crianças. Na maioria das vezes, apresenta-se agitado e cooperativo, porém demonstra comportamentos agressivos quando contrariado perante sua vontade.

### 3.3. INSTRUMENTOS

- **Communicative Contact Scale (CCS)** – A escala de contato comunicativo (CCS) foi desenvolvida por Dekeyser, Elliott, Leijssen (2006), e se trata de um questionário para “analisar a evolução do contato percebida através interações/sessões” (DEKEYSER, PROUTY, ELLIOT e LEIJSSSEN, 2015)
- **Pré-Terapia** – Técnica de intervenção desenvolvida por Garry Prouty (2001) para restabelecimento do Contato Psicológico.

### 3.4. PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi financiada pela Fundação Araucária através de bolsa de iniciação científica. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz. Após a liberação, se entrou em contato com a APAE de Cascavel para que fosse feita a seleção do participante. Em seguida solicitou-se à pessoa responsável pelo candidato a participar da pesquisa para que a mesma, após leitura e esclarecimentos, assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), autorizando a participação do selecionado.

Após a liberação, se fez o contato com a instituição na qual foi realizada a pesquisa para formalizar a parceria e coletar a assinatura do TCLE do responsável pelo indivíduo selecionado. Em seguida foram agendados os encontros, nos quais foram utilizadas as técnicas de Pré-Terapia proposta por Prouty (2001).

Apesar da proposta inicial tenha sido promover encontros em uma frequência de 2 sessões semanais com 60 minutos de duração cada uma, por um período de 4 meses, houveram imprevistos que impossibilitaram que isso ocorresse. Dentre esses imprevistos, encontram-se: a aprovação do

trabalho em final do ano letivo da APAE, o que incorreu na espera do início das atividades para o próximo ano; o afastamento do pesquisador das atividades por período de 4 meses, devido a complicações de saúde; ajustes no planejamento da APAE, reduzindo-se de 60 para 45 minutos de duração de cada sessão e com frequência de uma vez por semana. Tais situações foram remediadas pelo pesquisador com a promoção de atendimentos domiciliares, perante autorização da mãe de Kevin.

Desse modo, este trabalho resultou em um total de 14 sessões de Pré-Terapia, com a média de 45 minutos de duração em cada, as quais variaram entre os ambientes da APAE e a casa de Kevin.

Os atendimentos foram gravados em formato audio-visual através da sala de espelho da instituição. Ao final de cada atendimento, foi solicitada a mãe de Kevin o preenchimento do CCS, de modo a avaliar o contato dele com ela naquele momento.

## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. DADOS QUANTITATIVOS

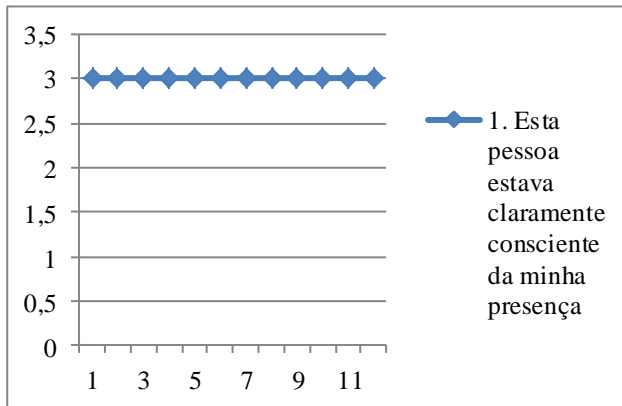
Quantitativamente, os dados foram analisados através dos escores apresentados na Escala de Contato Comunicativo (CCS), tabulando-se os dados obtidos para verificação da evolução dos atendimentos. Assim sendo, podemos perceber que alguns pontos não apresentaram alterações, enquanto outros obtiveram uma variação oscilante e, ainda houveram aqueles que apresentaram uma variação ascendente, conforme apresentado nos gráficos abaixo.

O CCS aborda 9 itens específicos divididos em : 1. Esta pessoa estava claramente consciente da minha presença; 2. Esta pessoa Reagiu ao que eu disse ou fiz; 3. Eu sabia com certeza que esta pessoa entendeu o que eu disse ou fiz; 4. Essa pessoa tentou ativamente me contactar, por exemplo, através de contato visual, contato físico; 5. Essa pessoa disse ou fez coisas que foram claramente destinados para mim; 6. Essa pessoa usou palavras ou gestos que me eram fáceis de entender (para mim); 7. Essa pessoa disse ou fez coisas que faziam sentido como uma resposta para as minhas palavras ou ações; 8. Essa pessoa parecia captar meu humor e reações espontâneas como por exemplo aprovação, surpresa; 9. Minha presença claramente fez a diferença para essa pessoa.

Cada ítem possui uma escala que varia em 4 aspectos classificados em: 0. De modo algum; 1. Um pouco; 2. Bastante; 3. Muito.

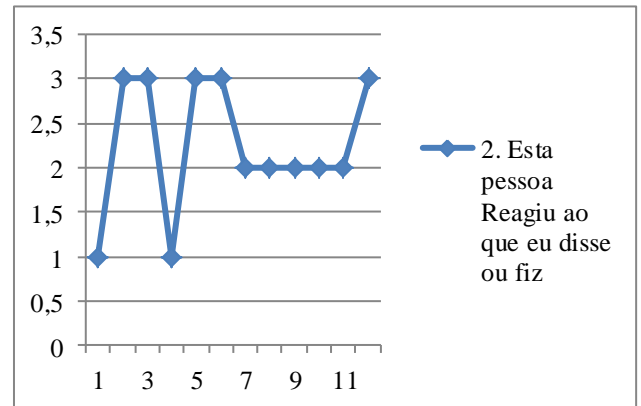
Abaixo, os resultados tabulados de cada ítem sendo apresentados de modo cronológico de preenchimento.

Gráfico I – Item 1.



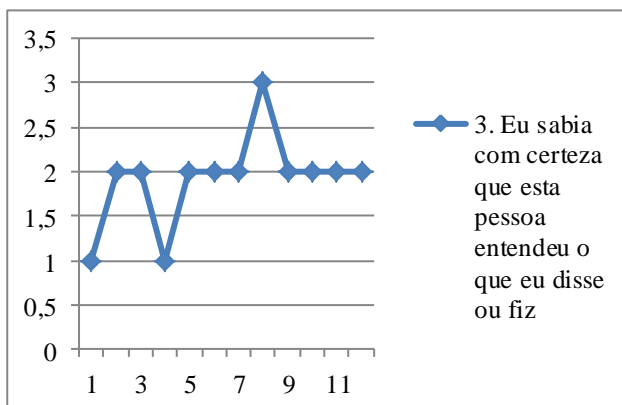
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico II – item 2.



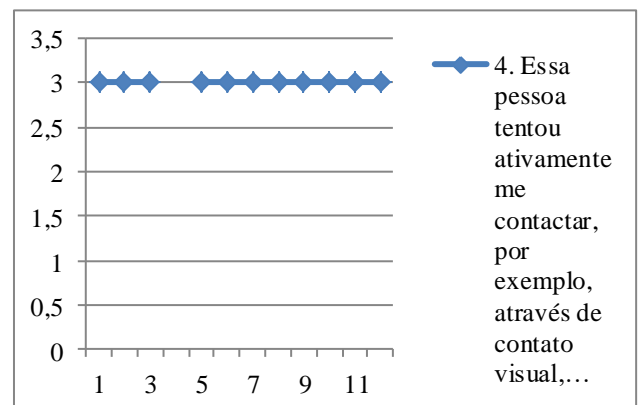
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico III – Item 3.



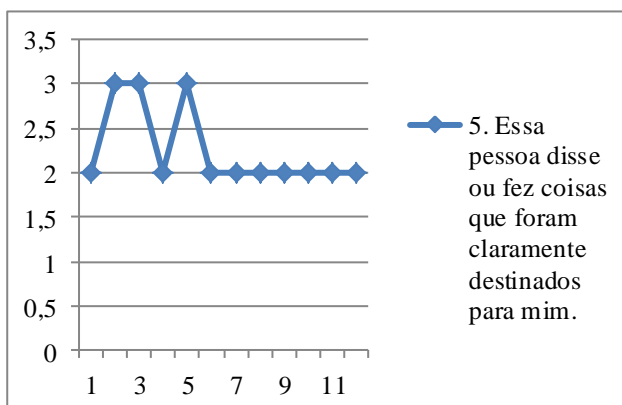
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico IV – Item 4.



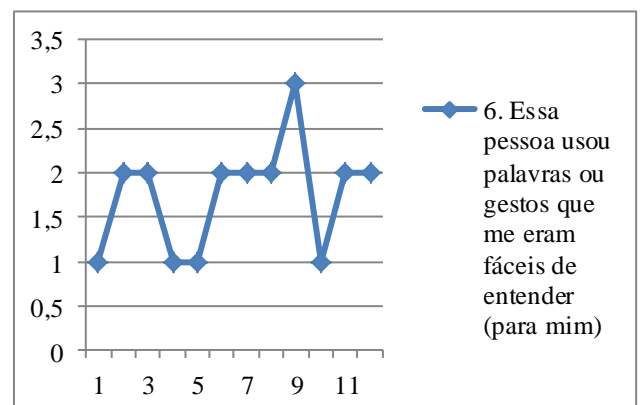
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico V – Item 5.



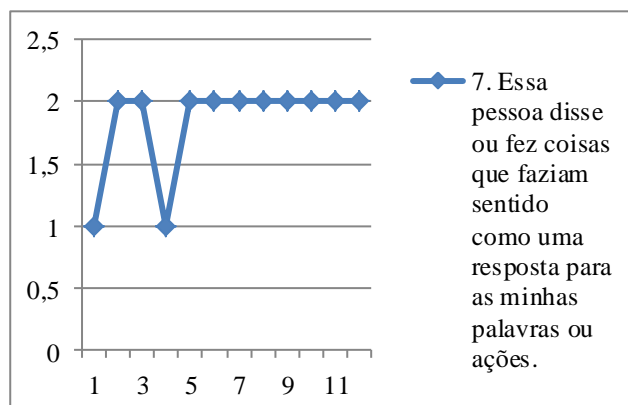
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico VI – Item 6.



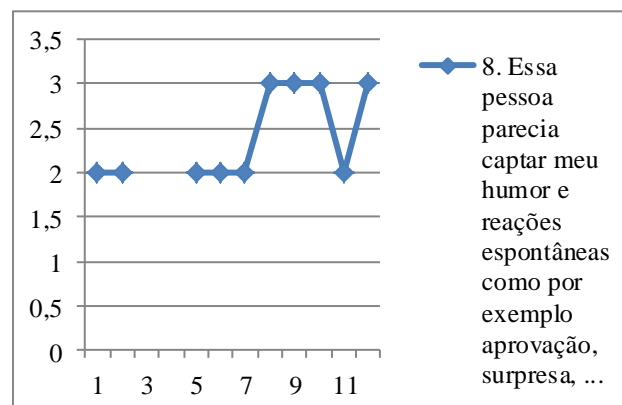
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico VII – Item 7.



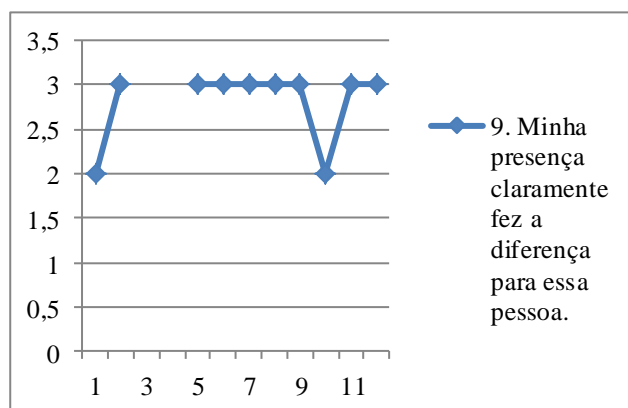
Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico VIII – Item 8.



Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Gráfico IX – Item 9.



Fonte: Coleta de dados da pesquisa

Conforme os resultados demonstrados nos gráficos I e IV, foi possível perceber que os itens 1 e 4 não apresentaram alterações significativas, demonstrando que a consciência de Kevin perante a presença de sua mãe permaneceram sem grandes alterações em relação ao momento anterior em contraponto com o momento em que foi aplicado a pesquisa.

Os gráficos III, V, VI, VII e IX demonstram uma variação oscilante para os itens 3, 5, 6, 7, e 9, o que demonstra um nível de oscilação perante a percepção de mãe de Kevin frente aos Comportamentos de Contato dele destinados diretamente a ela.

Porém, os gráficos II e VIII, concernentes aos itens 2 e 8, apresentaram uma variação ascendente, demonstrando uma melhora na reação de Kevin perante os Comportamentos de Contato manifestados por sua mãe e a percepção dele frente ao estado de humor e Contato Afetivo dela. Estes resultados empíricos demonstram que a utilização da Pré-Terapia possibilitou uma melhora na relação desempenhada entre mãe e filho.

## 4.2. DADOS QUALITATIVOS

Os dados foram analisados de maneira qualitativa através da verificação dos Comportamentos de Contato oriundos dos Reflexos de Contato estabelecidos pelo pesquisador, fazendo uso dos recursos audiovisuais para materializar tais observações. Também fora colocada em evidência a interação do cliente perante seu contexto, segundo as observações e opiniões da mãe deste, relatadas em uma entrevista concedida ao final do tratamento.

A análise qualitativa de resultados obtidos neste trabalho se faz referente a percepção de alguns aspectos norteadores desta pesquisa que, através da Pré-Terapia, foram propulsores para a evidencia de Comportamentos de Contato em direção à melhora do Contato Psicológico, o qual, segundo Prouty (2003), caracteriza-se como condição necessária ao processo psicoterápico.

Devido ao processo interventivo ter se dado em um curto período tempo, frente a outros tratamentos realizados com o sujeito de pesquisa, é necessário ter isto em foco, tendo em vista as mudanças ocorridas durante este contexto. Para se obter compreensão do que considerar como aspectos de mudança, fez-se uma averiguação das situações relatadas pela mãe e pelos profissionais antes do início do processo interventivo, em contraponto com os argumentos ditos pela mãe do pesquisado, em entrevista concedida após a intervenção final. Tais informações articularam-se com os resultados observados pelos pesquisadores após a finalização do trabalho. Conforme o pensamento de Sommerbeck (2003), o trabalho dentro de uma instituição de tratamento psiquiátrico se faz a partir do trabalho em equipe e da comunicação entre estes. Assim, houve necessidade do contato com a equipe de saúde, bem como, com os familiares do pesquisado, de modo a poder elaborar um paralelo entre o momento anterior e o momento de aplicação da pesquisa, de forma a poder comparar os dados obtidos.

É importante salientar que, de acordo Prouty (2003), a Pré-Terapia fundamenta-se no fenômeno concreto. Este fenômeno concreto é perceptivelmente natural, auto indicativo e pré-simbólico, isto é, caracteriza-se como a realidade tal qual se apresenta, não necessitando de uma simbolização sobre esta. Ela basta por si só. Assim, os Reflexos de Contato permitem que, a partir desta realidade concreta, terapeuta e cliente possam comungar de um ambiente em comum, criando-se uma ligação entre os dois quadros de referência (MALISZEWSKI, 2006).

Apesar de Kevin possuir características psicológicas que o permitiam reconhecer a presença do terapeuta, nos primeiros atendimentos o único aspecto em comum entre eles eram apenas o território pelo qual partilhavam. Desta maneira, as primeiras técnicas utilizadas em busca do restabelecimento do Contato Psicológico manifestaram-se através dos Reflexos Situacionais (SR) e Corporais (BR). Segundo Prouty (2003), o primeiro (SR) auxilia o sujeito a entrar em contato existencial com o ambiente a sua volta, isto é, a “ser no mundo”, enquanto que o segundo (BR) possibilita o contato consigo, facilitando a percepção do próprio corpo e o um maior conhecimento de si.

Durante todo o período de tempo da aplicação do trabalho, Kevin apresentou comportamento agitado, permanecendo pouco tempo quieto ou sentado, mostrando-se frequentemente em constante movimento. Apresentou alguns comportamentos agressivos, porém em uma quantidade muito inferior se contraposta com a experiência relatada pela equipe de profissionais que trabalharam com ele. Como na Abordagem Centrada na Pessoa o curso a ser percorrido é ditado pelo cliente em seu movimento, a Pré-Terapia também se fundamenta neste embasamento. Assim, ao adotar o mesmo quadro de referência que o cliente, o terapeuta proporciona a este um ambiente no qual ele se sinta seguro, não havendo a necessidade de manifestar a agressividade (ROGERS, 1992; PROUTY, VAN WERDE e PORTNER, 2002). Desta maneira, atribui-se a este aspecto não-diretivo a baixa incidência de comportamentos agressivos por parte de Kevin, vindo este, inclusive, a diminuir a agressividade apresentada com o decorrer do tratamento, visto que, este movimento possibilitou o crescimento do vínculo terapêutico entre terapeuta e cliente.

Desta maneira, evidenciou-se que os primeiros Reflexos de Contato (SR e BR) proporcionaram o surgimento de Comportamentos de Contato que resultaram em maior interação do cliente e demonstração de afeto, como expressões faciais e abraços.

Tais comportamentos possibilitaram a utilização do Reflexo Facial (FR), que segundo Prouty (2003) e Prouty, Van Werde e Portner (2002), tem como objetivo facilitar a expressão de afeto e desenvolver o contato afetivo do cliente. Assim, percebeu-se que, através da utilização destes reflexos, instaurou-se na relação um Comportamento Empático mútuo entre terapeuta e cliente, bem como, uma melhora na interação entre os dois.

*(Estavamos entre a sala e a cozinha, onde a mãe de Kevin estava fazendo almoço, visto que os atendimentos ocorreram próximo ao horário das 12:00h)*

*T: Estamos andando pela cozinha (SR)*

*C: (Sorri)*

*T: Você está sorrindo! (FR)*

*C: Senta em cima de uma mesa de mármore localizada na cozinha*

*T: Sentou em cima do mármore (BR)*

*C: Passa a mão no meu rosto*

*T: Você está pegando no meu rosto! Eu estou pegando no seu rosto (BR, SR)*

*C: (Pega a câmera de vídeo)*

*T: Você pegou a câmera! (BR)*

*C: Bate no vidro da câmera*

*T: Você está batendo no vidro da câmera, Kevin. (BR)*

*C: Balbucia palavras incompreensíveis*

*T: Você está falando alguma coisa, Kevin, mas eu não consegui compreender o que você está querendo dizer. (BR, SR)*

*C: (Levanta do mármore e passa andar pela cozinha)*

*T: Nós estamos andando pela cozinha! (SR)*

*C: (Vira-se em minha direção e me abraça)*

*T: Você me abraçou, Kevin! Eu abracei você! (BR, SR)*

*C: (Permanece abraçado)*

*T: Você está abraçado comigo e eu estou abraçado com você. (SR)*

*C: (Se separa de mim e sai correndo em direção a sala, balbuciando palavras incompreensíveis)*

Em um primeiro momento, os reflexos foram realizados pelo terapeuta apenas em expressão verbal, porém, analisando as gravações em supervisão foi verificada a necessidade de mudança nesta atitude. A partir de adoção de uma posição mais ativa e participativa com cliente, como adotar a mesma postura corporal, os Comportamentos de Contato de Kevin para todas as formas de Reflexo de Contato, apresentaram significativa melhora no quadro de respostas, conforme pode ser percebido nos trechos a seguir:

Trecho 1 – Postura menos ativa, onde os Reflexos de Contato foram manifestados apenas de forma verbal.

*T: Você está olhando a câmera. (BR)*

*C: (Não manifesta posição ao que digo. Passa e mexer com a bola)*

*T: Você está mexendo com a bola. (BR)*

*C: (Para de mexer com a bola e caminha pela sala, estralando os dedos)*

*T: Tá estralando os dedos. (BR)*

*C: (Mexe na câmera)*

*T: Você está mexendo na câmera. (BR)*

*C: (Volta a brincar com a bola)*

*T: Você está chutando a bola. (BR)*

*C: (Passa a se olhar no espelho)*

*T: Tá se olhando no espelho. (BR)*

*C: (balbucia palavras incompreensíveis)*

Trecho 2 – Postura mais ativa, onde o terapeuta caminha junto ao cliente, acompanha o movimento deste.

*C: (Senta no sofá e coloca as pernas no meu colo)*

*T: Você sentou no sofá (BR) Eu sentei no sofá ao seu lado (SR). Você colocou as pernas no meu colo (BR)*

*C: (Passa a estralar os dedos próximo ao rosto)*

*T: Você está estralando os dedos próximo ao seu rosto (BR). Você está deitado no sofá (SR).*

*C: (Sorri e pega minha mão)*

*T: Você está sorrindo! (FR)*

*C: (Balbucia palavras incompreensíveis)*

*T: Você está dizendo alguma coisa, Kevin.*

*C: (Passa a mão no meu cabelo)*

*T: Você pegou no meu cabelo! Eu peguei no seu cabelo (BR, SR)*

*C: (Balbucia palavras incompreensíveis)*

*T: Você está dizendo alguma coisa!(BR)*

*C: (Pega minha mão e coloca sobre a sua cabeça, esfregando em seu cabelo)*

*T: Você colocou minha mão no seu cabelo. (BR)*

*C: (Sorriu)*



*T: Você está sorrindo (RF)*

*C: (Passa a mão na minha barba)*

*T: Você está passando a mão na minha barba (BR)*

Também foi percebido que houve pouca incidência do Reflexo Palavra-por-Palavra (WWR), o qual caracterizou-se pela manifestação de silábica, sem formação de frases, contudo diferenciando-se dos balbucios apresentados com elevada frequência. Considera-se um avanço esta manifestação do contato verbal, visto o grande tempo que Kevin permaneceu sem a verbalização clara. Assim, quando reconhecido na função de comunicador, o cliente busca desenvolver seu aparato linguístico para comunicação social (Prouty, 2003). Deste modo, isso pode ser verificado pela repetição deste Comportamento de Contato durante a evolução do tratamento, sendo reproduzido em mais de uma sessão. Desta maneira, foi possível identificar este Comportamento de Contato como importante para a relação, de modo que o terapeuta procurou repetí-lo através do Reflexo Reiterativo (RR) como visto no trecho:

*C: (Senta no sofá)*

*T: Você sentou no sofá, Kevin (BR)*

*C: Tá tá tá tá tá tá tá*

*T: Tá tá tá tá tá tá tá (WWR)*

*C: (Encosta a mão no meu rosto)*

*T: Você está encostando a mão no meu rosto, eu estou encostando a mão no seu rosto (BR, SR)*

*C: (Sorri)*

*T: Você está sorrindo! (FR)*

*(Passam-se 5 minutos de interveção)*

*T: Tá tá tá tá tá tá tá (RR)*

*C: (Faz interação e passa a mão no cabelo)*

*T: Você está passando a mão no seu cabelo! Eu estou passando a mão no meu cabelo! (BR, SR)*

Kevin estabelece uma demonstração de Comportamento de Contatos que possibilitaram a intervenção através do Reflexo de Sentimento, o qual se trata de uma técnica que ultrapassa a barreira da situação concreta, possibilitando um trabalho interventivo voltado a psicoterapia (Rogers, 1992). Isto pode ser percebido a partir do seguinte trecho:

*(Estavamos na cozinha, onde a mãe de Kevin fazia o almoço do dia)*

*T: Nós estamos na cozinha (SR)*

*C: (vem e puxa o meu braço, me conduzindo até a geladeira)*

*T: Você está puxando meu braço! (BR)*

*C: (abre a geladeira)*

*T: Você abriu a geladeira. (BR)*

*C: (Me empurra em frente a geladeira)*

*T: Me parece que tu quer que eu pegue alguma coisa, mas eu não entendi o que você quer que eu pegue, Kevin. (Reflexo de sentimento)*

*C: (balbucia palavras incompreensíveis)*

Outro aspecto a ser considerado durante os atendimentos é concernente a diferenciação dos Comportamentos de Contato do cliente entre o ambiente da APAE e a casa onde reside atualmente. Durante todo o período de aplicação do trabalho, o cliente foi mais responsivo nos atendimentos domiciliares do que nas intervenções realizadas na instituição. Segundo Rogers (1992), a estrutura de self se baseia a partir da interação com o ambiente e da interação com os outros. Assim, representa que Kevin considera a casa como um ambiente natural, de forma a se sentir mais à vontade nesta do que nas dependências da APAE. Esta característica dos atendimentos domiciliares facilitou o processo de vínculo terapêutico entre terapeuta e cliente, de modo que este último passou a sentir-se mais seguro e confortável frente a técnica da Pré-Terapia.

Os benefícios da técnica da Pré-Terapia se remetem não apenas ao processo clínico, onde se exija a presença do terapeuta, sendo possível evidenciar alterações na convivência diária do cliente para com outras pessoas. Tais benefícios foram percebidos pelas pessoas que acompanham este indivíduo em sua rotina diária. O relato da mãe de Kevin, Maria (M) (nome fictício), esclarece tal aspecto conforme trecho da entrevista final da pesquisa:

*T - Eu gostaria de saber da senhora, qual que foi a contribuição que meu trabalho pode ter dado na tua convivência com o Kevin? [...] Qual que é tua opinião frente a todo esse tratamento que a gente estava desenvolvendo? Se tu percebeu alguma mudança nele, se ele vem apresentando melhoras.*

*M - Então... O que eu percebi principal nele, foi o interagir mais, o buscar mais o contato, o chegar, o procurar mais esse contato, ele desenvolveu mais ainda. Essa questão do contato dele tá excelente! O tempo todo ele vem procurar, o tempo todo ele quer abraçar, ele quer beijar; ele chama o contato físico também. Teve dias de melhoras bem significativas, da tua intervenção, de quando você chegar, ele estar mais agitado, ao você sair, ele ficar mais tranquilo. Então a gente teve essas melhorias, né.*

*(houve uma pausa na entrevista, visto que estávamos na cozinha e o Kevin veio pedir para que a mãe lhe desse o que comer. Logo após, retomamos a entrevista).*

*T – Então, tu estava falando que ele vem apresentando uma melhora no contato, nesse contato dele de interação; e tu disse que ele tem apresentado melhoras também de, quando a minha interação vinha, ele se acalmava.*

*M – Sim, sim! Teve dias assim que você chegou, eu até achei que ele não ia querer aceitar você, mas não, ele ficou junto. Outra coisa que eu achei legal, você chegou e logo ele criou uma afinidade muito grande com você, tanto que eu percebi até um abuso a tua pessoa, de contato, de estar tirando teu óculos, de estar... coisa que ele faz comigo, que sou mãe, que é aquele apertar, o pegar... ele criou esse vínculo contigo também. Então isso demonstra que ele está aberto a outras pessoas, né. Com a tua intervenção, ele teve uma interação muito grande contigo, que é uma pessoa que chegou né... oferecendo pra ela uma nova [...] abordagem e ele aceitou isso muito bem, então eu achei isso muito interessante. [...] Quando chega uma pessoa nova, tem que criar esse vínculo com ele né; e você foi bem rápido, eu achei assim, que das vezes que eu vi, foi bem rápido, e pra ele, você hoje ele trata como ele trata eu, meu marido, pessoa da família! [...] Tem pessoas que frequentam a minha casa a anos e ele não tem esse vínculo, pessoas próximas, inclusive da família mesmo, e que ele não tem.*

Desse modo, verificou-se mudanças qualitativas nas relações de Kevin tanto com o pesquisador quanto com outras pessoas de seu convívio, apresentando assim, uma melhora no desenvolvimento de suas capacidades biopsicossociais. Desta maneira, estes resultados compartilham da premissa defendida por Carl Rogers, de que, a partir de uma relação de aceitação e um ambiente propício ao

desenvolvimento, todo organismo tem a capacidade de se dirigir a auto-realização (TAMBARA E FREIRE, 1999). Assim, independente de qual quadro psicopatológico se encontre o sujeito, encontrando um ambiente favorável que respeite o seu movimento de desenvolvimento, essa Tendência Atualizante se manifesta, trazendo benefícios duradouros em todas as esferas da vida desta pessoa.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A composição desta pesquisa teve por objetivo explorar uma técnica ainda pouco desenvolvida dentro do cenário brasileiro. O referencial teórico caracteriza-se, em sua maioria, em uma literatura estrangeira. Assim, devido a teoria não contemplar a realidade de nossa cultura, houveram muitas dúvidas durante o processo de realização deste trabalho, onde orientando e orientador buscaram saná-las com a dedicação aos estudos da técnica e o conhecimento prático do professor a partir de sua experiência com o trabalho com a referida técnica no âmbito psiquiátrico.

Em relação a problemática desta pesquisa, pôde-se evidenciar Comportamentos de Contato na relação com um indivíduo diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista, nível 3, apesar de não haver o restabelecimento do Contato Psicológico. Durante o curto período de tempo de aplicação da pesquisa, Kevin demonstrou Comportamentos de Contato que serviram como sinalizações para a instauração do Contato Psicológico. Assim, percebendo a evolução gradativa do quadro anterior para os momentos de atendimento, sugere-se que com um tratamento de longo prazo, se poderá obter uma melhora significativa no Contato Psicológico do cliente.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM)**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002.

BERNIK, Vladimir. **Demência**: Risperidona, um antipsicótico polivalente e seguro para a população idosa. *RBM Set. 13 v 70 Neuropsiquiatria* 4 págs.: 6-10. 2013. Disponível em <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=5656&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5656&fase=imprime)> Acesso em 28 out. 2016.

DEKEYSER, Mathias; ELLIOTT, Robert; LEIJSEN, Mia. **Communicative Contact Scale**. 2006.

HOLANDA, Adriano Furtado. **A perspectiva de Carl Rogers acerca da resposta reflexa.** Revista do Nufen – Ano 01, v. 01, p.40-59. Abril/Agosto, 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v1n1/a04.pdf>> Acesso em 12 ago. 2015.

MALISZEWSKI, Régis. **Pré-terapia:** Em busca de um contato psicológico - estudo de caso. Trabalho de conclusão de curso (graduação em psicologia), Guaíba: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).** 9 ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

PROUTY, Garry. **Pre-Therapy: A Newer Development in the Psychotherapy of the Schizophrenia.** ISPS-US. 2003. Disponível em: <<http://www.isps-us.org/articles/pretherapy.htm>> Acesso em: 25 set. 2016.

PROUTY, Garry; WERDE, Dion Van; PÖRTNER, Marlis. **Pre-Therapy: Reaching contactimpaired clients.** Ross-on-Wye: PCCS BOOKS, 2002.

ROGERS, Carl Ransom. **Terapia Centrada no Cliente.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. **Tornar-se Pessoa.** 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SOMMERBECK, Lisbeth. **Beyond psychotherapeutic reach? An introduction to Pre-Therapy.** *Psykolog Nyt*, 60(8), 12-20. 2006.

\_\_\_\_\_. **The Client-Centered Therapist in Psychiatric Contexts: A therapist's guide to the psychiatric landscape and its inhabitants.** Ross-on-Wye: PCCS BOOKS, 2003.

TAMBARA, Newton; FREIRE, Elizabeth. **Terapia Centrada no Cliente, Teoria e Prática: Um caminho sem volta.** Porto Alegre: Delphos, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.