

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**A Funcionalidade de Recursos Terapêuticos na
Prática Clínica do Analista do Comportamento**

Andréia Moreira Coelho

Brasília
Agosto de 2011

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**A Funcionalidade de Recursos Terapêuticos na
Prática Clínica do Analista do Comportamento**

Andréia Moreira Coelho

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Agosto de 2011

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Andréia Moreira Coelho

Título: A Funcionalidade de Recursos Terapêuticos na Prática Clínica do Analista do Comportamento

Data da Avaliação: 26 de agosto de 2011

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof^a. MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: Prof. Dr. João Vicente de S. Marçal

Membro: Prof^a. Esp. Denise Lettieri Moraes

Brasília
Agosto de 2011

A Deus, que me impulsionou a realizar este trabalho, guiando cada um de meus passos e me amparando em momentos difíceis.

Ao meu pai, Gaspar, que moldou tudo o que sou, me ensinou os valores essenciais à minha vida e me cobriu de amor e carinho durante a sua vida.

Aos meus sobrinhos, Henrique e Daniel, fonte da minha alegria.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me proporcionou a vida e a exposição a todas as contingências que modelam meus padrões comportamentais.

À minha família, em especial minha mãe Gercy, meu irmão Adriano e minha cunhada Sônia, pelo apoio ao longo de toda a minha especialização.

Ao meu noivo, Victor, pelo companheirismo, compreensão, incentivo e amor dedicados a mim, que me possibilitaram o alcance da motivação necessária à conclusão deste trabalho.

Às minhas amigas do curso de especialização, Adriana, Jamile e Amona, por compartilharem idéias, angústias, dúvidas e inseguranças e por estarem sempre prontas a dar uma palavra de coragem em momentos de desânimo.

À minha orientadora Ana Karina, pela sua paciência, apoio, disponibilidade e por todos os seus reforços positivos, imprescindíveis à conclusão deste trabalho.

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Lista de Figuras-----	v
Resumo-----	vi
Introdução-----	1
1. O Processo Terapêutico e suas Implicações-----	10
2. Funções dos Recursos Terapêuticos-----	18
3. Aplicação dos Recursos Terapêuticos-----	25
4. Exemplos de Recursos Terapêuticos-----	31
4.1. Pizza da Vida-----	31
4.2. Três Elogios-----	33
4.3. Quadrantes-----	34
4.4. Gênio da Lâmpada-----	34
4.5. Dinâmica do Espelho-----	35
4.6. Envelope dos Sentimentos-----	35
4.7. Quiromancia-----	36
4.8. Metas de Vida-----	37
4.9. Genograma-----	37
4.10. Características da Minha Família-----	38
4.11. Gavetas-----	38
4.12. Dificuldades Superadas-----	39
4.13. "Eu Quero!"/"Estou Cansada!"/"Obrigada!"-----	39
4.14. "Maria nas Diversas Faixas Etárias"-----	39
4.15. Argila-----	40
4.16. Carta-----	40
4.17. Registros-----	41
4.18. Análises Funcionais-----	41
Considerações Finais-----	43
Referências Bibliográficas-----	46

Lista de Figuras

Figura 1. Pizza da Vida ó cliente de 25 anos, com queixa de relacionamento amoroso, está sempre dedicando sua vida e seu tempo ao seu namorado, deixando os demais aspectos de sua vida de lado -----	32
Figura 2. Pizza de Papéis ó cliente de 45 anos com queixa de inassertividade, dedica muito de sua vida ao trabalho e aos outros e nunca tem tempo para si mesma -----	33
Figura 3. Genograma ó cliente de 33 anos, com queixa de relacionamento familiar -----	37

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar a funcionalidade dos recursos terapêuticos que podem ser utilizados durante a terapia. Sabe-se que as análises e idiosincrasias de cada caso devem ser respeitadas, não restringindo a terapia à mera aplicação de técnicas. Serão abordadas, ao longo do trabalho, algumas implicações envolvidas no processo terapêutico, como, por exemplo, a importância da relação terapêutica como instrumento de intervenção e as habilidades necessárias a um bom analista do comportamento. Além disso, discutir-se-ão as funções e a aplicação dos recursos terapêuticos em diferentes etapas do processo. Por fim, com o intuito de ilustrar alternativas para o terapeuta, ampliar e complementar seu repertório comportamental, serão trazidos exemplos práticos de recursos terapêuticos.

Palavras-chaves: recursos terapêuticos, prática clínica, estratégias de intervenção, habilidades do terapeuta.

Várias vertentes de behavioristas se utilizaram do termo "Terapia Comportamental", o que culminou em muita confusão teórica sobre a Análise Comportamental Clínica, bem como sobre seus métodos e objetivos (de-Farias, 2010). Skinner (1974/1982) apontou a história do Behaviorismo como uma das causas dos muitos mal entendidos sobre o objeto e o método de estudo utilizados pelos analistas do comportamento. O fato de ter tido o Behaviorismo Metodológico de Watson como precursor influencia o que as pessoas ainda hoje pensam acerca do Behaviorismo Radical, formulado por Skinner, e, conseqüentemente, o que pensam acerca de sua prática clínica.

Para Watson, o objeto de estudo da Psicologia deveria ser apenas o comportamento publicamente observável: sentimentos e pensamentos eram, portanto, cientificamente negligenciados. Para ele, a Psicologia deveria abandonar provisoriamente o estudo de estados mentais como consciência e sensações, separando a mente e o corpo, para que pudesse avançar como uma ciência natural (Baum, 1994/1999; Chiesa, 1994/2006; Millenson, 1967; Skinner, 1953/2000). A terapia basear-se-ia, portanto, na aplicação de técnicas que visavam à modificação de comportamentos publicamente observáveis, num modelo S-R (estímulo-resposta). Essas técnicas ficaram conhecidas como técnicas respondentes (baseadas em emparelhamento de estímulos) e denominamos de "Primeira Onda da Terapia Comportamental" a terapia que se utilizava primordialmente delas.

Após a "primeira onda", baseada em técnicas respondentes, surgiu a Modificação do Comportamento, cuja preocupação estava no fortalecimento de alguns comportamentos operantes específicos e na extinção de outros, sem análises

funcionais mais completas, restringindo-se a análise do comportamento, naquele instante, a uma visão microscópica. Contudo, esse tipo de trabalho focal acabou levando à ocorrência de um fenômeno denominado substituição de sintomas, ou seja, ao se suprimir algumas respostas, outras surgiam com a mesma função (Banaco, 1999).

A prática clínica baseada na utilização de técnicas respondentes ou operantes para a solução de problemas específicos desencadeou diversas críticas, como, por exemplo, a afirmação de que as contingências de vida dos clientes eram ignoradas e a terapia se restringia à aplicação de técnicas específicas para modificar os comportamentos-problema¹, sendo chamada de *terapia focal e tecnicista*. Outra crítica foi realizada especificamente à utilização de técnicas aversivas, principalmente em instituições e pesquisas na área aplicada, observando-se que a punição trazia efeitos como eventos emocionais aversivos, comportamentos de fuga e esquiva, e o retorno da ocorrência das repostas, após a retirada da punição. Como consequência disso, surgiram questões éticas que promoveram uma redução nas pesquisas básicas (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005).

Logo se percebeu que a simples aplicação de técnicas (respondentes ou operantes) para alteração de comportamentos publicamente observáveis, nas quais o terapeuta seria praticamente dispensável, não era suficiente para promover as mudanças comportamentais desejadas (ou necessárias) pelo cliente (Zamignani, 2000). Por exemplo, se um cliente procurava a terapia com o objetivo de parar de roer unha, não era suficiente que o terapeuta utilizasse técnicas focadas em processos de extinção daquele comportamento, pois provavelmente outros comportamentos surgiriam para desempenhar aquela função, como, por exemplo, balançar a perna.

¹ Comportamentos-problema podem ser definidos como aqueles que trazem sofrimento ao cliente e/ou àquelas pessoas que com ele convivem (de-Farias, 2010).

Passou-se a defender a necessidade de lidar com eventos mentais ou cognitivos, a fim de oferecer uma abordagem mais global para as queixas trazidas pelo cliente. A Terapia Cognitiva ou a Terapia Cognitivo-Comportamental surge como alternativa à visão tradicional dos behavioristas. De acordo com essa vertente, a Psicologia passa de uma visão estímulo-resposta, para uma visão estímulo-organismo-resposta, na qual se insere um instrumento explicativo que fica localizado dentro do organismo (Chiesa, 1994/2006).

Para a Terapia Cognitivo-Comportamental, crenças, regras, sonhos, dentre outros, são eventos considerados como cognitivos ou mentais e são tidos como causas de comportamentos. Portanto, esses eventos devem ser o alvo da intervenção do terapeuta, o que se diferencia muito da visão do Behaviorismo Metodológico ou dos teóricos da Modificação do Comportamento (Chiesa, 1994/2006; de-Farias, 2010).

Skinner, em seu Behaviorismo Radical, considera os sentimentos e pensamentos como comportamentos que são privados, ou seja, não estão acessíveis, em um primeiro momento, aos outros; contudo essa inacessibilidade não os torna irrelevantes. A única diferença entre os eventos privados e os comportamentos publicamente observáveis seria o acesso direto por outras pessoas que não o próprio indivíduo que se comporta, sendo eles da mesma natureza (Baum, 1994/1999; Delitti, 2003; Millenson, 1967; Skinner, 1953/2000, 1974/1982; Tourinho, 1999). As causas dos comportamentos não estão em eventos internos, mas sim na história de interações do indivíduo com o seu ambiente. Desse modo, a terapia consiste em mudar o repertório comportamental do cliente como um todo, de forma que ele seja capaz de descobrir a solução para o seu problema e, principalmente, alterar as contingências envolvidas (de-Farias, 2010; Marçal, 2010; Skinner, 1974/1982, 1984).

A seguir, serão explicitadas algumas características do Behaviorismo Radical, que o diferenciam de outras vertentes do Behaviorismo, esclarecendo sua filosofia.

Behaviorismo Radical

O Behaviorismo Radical tem procurado compreender os problemas humanos e suas variáveis de controle. Os estudos buscam entender o sujeito em suas relações com o ambiente, as variáveis envolvidas e as possíveis formas de modificação dos problemas. Para tanto, é importante o conhecimento da funcionalidade das respostas emitidas e o processo de seleção de respostas por consequências. Essa seleção decorre da história de vida do indivíduo, em que comportamentos que obtiveram resultados bem-sucedidos (ou seja, que foram reforçados) tendem a se tornarem mais prováveis e, em contrapartida, as respostas que não obtiveram o resultado esperado (ou seja, não foram reforçadas ou foram punidas) tornam-se menos prováveis de ocorrerem. Portanto, é imprescindível o papel das consequências na análise de contingências que possibilita a compreensão das variáveis de controle dos comportamentos dos organismos (Banaco, 1999; Baum, 1994/1999; Chiesa, 1994/2006; Marçal, 2010; Millenson, 1967; Sanabio-Heck & Motta, 2005; Skinner, 1953/2000, 1974/1982).

As contingências operantes no comportamento do cliente são identificadas por meio da análise funcional², que é considerada a principal ferramenta da Análise Comportamental Clínica (ou Terapia Analítico-comportamental), a qual vai, diferentemente da primeira e segunda ondas da Terapia Comportamental, além de um conjunto de técnicas. Ressalta-se, portanto, que o Behaviorismo Radical permite análises funcionais mais amplas, e não apenas superficiais como era nas primeiras

² A análise funcional é a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do organismo. Devemos especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as consequências reforçadoras (Meyer, 2003, p. 75).

õondasö (Meyer, 2003). Skinner (1953/2000) afirma que a análise funcional é derivada de uma análise das contingências externas, das quais o comportamento é função. O comportamento do indivíduo seria a õvariável dependenteö da análise e o ambiente seria a õvariável independenteö. A importância da análise funcional na terapia comportamental é ressaltada por vários autores. Kerbauy (1997) destaca que as contingências controladoras e as variáveis associadas ao comportamento podem ser discriminadas por meio da análise funcional.

Como dito, o comportamento é selecionado e mantido pelas relações entre o indivíduo (ou seja, suas respostas) e seu ambiente (ou seja, os estímulos) e é através das análises funcionais que o terapeuta discrimina as contingências envolvidas no comportamento do cliente e elabora a sua intervenção. Assim, a Análise do Comportamento busca as condições para identificar e alterar os comportamentos-problema (Banaco, 1999; Baum, 1994/1999; Skinner, 1953/2000; Marçal, 2005; Meyer, 2003; Millenson, 1967; Zamignani, 2000).

Conte e Brandão (1999) destacam que é importante para o autoconhecimento do cliente, e para a promoção de autorregras mais efetivas, fazer a sua própria análise funcional, no momento em que ocorre o comportamento, o que possibilita o contato com as variáveis de controle.

Existem dois tipos de análise funcional: a microscópica (ou molecular) e a macroscópica (ou molar). O terapeuta, ao se focar na análise do comportamento atual, trazido pelo cliente, estará fazendo uma análise microscópica do comportamento. Já na macroscópica, o comportamento é visto tanto no ambiente microscópico em que está inserido, como em outros ambientes, e em suas interações com outros comportamentos do cliente, em um sistema mais amplo (Baum, 1994/1999; Silvaes, 2000).

O comportamento verbal do terapeuta é uma ferramenta de intervenção e coleta de dados na atuação do analista do comportamento e o comportamento verbal do cliente torna-se o principal material de análise do terapeuta. A modificação das contingências vividas pelo cliente só pode ser alcançada a partir dessa interação verbal entre terapeuta-cliente (Thomaz & Nico, 2007). A intervenção clínica comportamental é definida por Silvaes (2000) como o processo que tem como objetivo a mudança comportamental, juntamente com o bem-estar do cliente que busca a terapia. Vermes, Zamignani e Kovac (2007) nos lembram que a intervenção terapêutica tem como objetivo geral ampliar as contingências reforçadoras para o cliente e minimizar o seu sofrimento, decorrente de contingências aversivas. De acordo com Lettner (1995), a especificação de variáveis funcionais de desenvolvimento e manutenção dos comportamentos-problema é fundamental para a eficácia da terapia comportamental.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) trazem uma proposta terapêutica, denominada Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), em que destacam a importância da relação terapêutica como instrumento de intervenção. Os autores classificam os comportamentos emitidos pelo cliente como comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) que se dividem em: CRB1 ó denominados como os comportamentos-problema que ocorrem dentro da sessão; CRB2 ó definidos como os progressos que ocorrem na sessão, e CRB3 ó que são as interpretações que o cliente faz de seus comportamentos. É por meio da relação terapêutica que estes três tipos de comportamentos podem ser evocados e, portanto, trabalhados.

O terapeuta possui então, a difícil tarefa de identificar, notar e evocar CRBs1, modelar e reforçar CRBs 2 e 3. Diante disso, com o intuito de prevenir problemas futuros e facilitar a manutenção de ganhos obtidos no processo terapêutico, o

terapeuta tem como função instrumentalizar-se (Conte & Regra, 2000). As diversas correntes desenvolvidas na Psicologia permitiram o aprimoramento de diferentes técnicas de psicoterapia. A análise funcional, como já dito, é tida como a grande ferramenta para a descrição e manipulação de relações estabelecidas entre o indivíduo e o ambiente, a experimentação e a modificação nessas relações podem ser chamadas de desenvolvimento de técnicas comportamentais (Banaco, 1999).

Para Banaco, técnica é um procedimento, um modo de proceder. Se sua descrição for precisa o suficiente, ela pode ser treinável e aplicável por qualquer pessoa (1999, p. 79).

Muitas técnicas foram desenvolvidas nas primeiras ondas da Terapia Comportamental, como, por exemplo, modelação, esvanecimento, reforço diferencial para outros comportamentos (DRO), exposição, dessensibilização sistemática, modelagem (ver Del Prette & Garcia, 2007). Entretanto, na tentativa de evocar, instalar e fortalecer comportamentos indesejáveis, elas passaram a não ser o suficiente para o alcance de tais objetivos (Conte & Regra, 2000). Esses objetivos podem ser alcançados com a FAP.

Observou-se que resultados diferentes são alcançados, em contextos semelhantes, com diferentes terapeutas e independente das técnicas utilizadas (Meyer & Vermes, 2001). Moura e Venturelli (2004) destacam que as variáveis que direcionam a tomada de decisões terapêuticas ainda são desconhecidas, embora seja importante a descrição do que terapeutas fazem e como o fazem. Segundo elas, a arte e a intuição são essenciais à psicoterapia. Além disso, as autoras demonstram que as habilidades e técnicas utilizadas pelo terapeuta, bem como a natureza da relação do mesmo com seu cliente, são responsáveis pelo processo de mudança na psicoterapia.

A complexa análise dos comportamentos exige do terapeuta um bom conhecimento teórico, uma boa capacidade de discriminação das consequências geradas pelo seu comportamento no cliente e vice-versa, uma exposição às contingências clínicas e um vasto repertório de estratégias terapêuticas, além de habilidades para aplicá-las. Isso reafirma a nós a necessidade da criatividade e da habilidade do terapeuta no manejo de contingências dentro de uma sessão (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010)

Conte e Regra (2000) afirmam que a flexibilidade, a amplitude e a diversificação dos comportamentos do terapeuta e recursos utilizados são imprescindíveis para o bom desenvolvimento do processo terapêutico. Por sua vez, Zamignani (2000) e Abreu-Motta e cols. (2010) ressaltam a importância da habilidade do terapeuta em responder adequadamente a aspectos de sua própria história de vida que podem ser evocados pelas respostas do cliente, bem como a capacidade de conciliar o manejo de teoria e técnicas terapêuticas. Os autores afirmam ainda que é necessário que o comportamento de atender seja modelado, sendo selecionado pelas consequências advindas da exposição às contingências.

Durante a formação do psicólogo, sempre são enfatizadas estratégias e métodos para diagnosticar e investigar a queixa do cliente que chega até o consultório. Entretanto, pouco se fala sobre o que fazer após a identificação do problema e das variáveis envolvidas. Diante disto, torna-se importante habilitá-lo à intervenção, de modo a alcançar os objetivos terapêuticos. No processo de intervenção e mediante as análises funcionais elaboradas de cada caso, recursos terapêuticos podem auxiliar e complementar as estratégias utilizadas.

O presente trabalho visa, então, analisar a funcionalidade dos recursos terapêuticos, trazendo alternativas para os psicólogos. Sabe-se que as análises e

idiosincrasias de cada caso devem ser levadas em consideração, não restringindo o processo terapêutico à mera aplicação de técnicas. Del Prette e Garcia (2007) destacam o cuidado em não tomar a técnica como sendo todo o processo terapêutico e sim, uma parte dele. Desse modo, ao se falar de técnicas, refere-se a parte dos procedimentos utilizados na Análise Comportamental Clínica, ou seja, os recursos terapêuticos citados a seguir têm como fim complementar a atuação do terapeuta, sanando eventuais limitações que venham a surgir.

Em um primeiro momento, serão abordadas as implicações envolvidas no processo terapêutico, tais como a importância da relação terapêutica como ferramenta de intervenção, as habilidades necessárias ao psicólogo clínico, bem como as possíveis dificuldades enfrentadas por ele. Posteriormente, discutir-se-ão as funções de recursos terapêuticos, em diferentes etapas do processo. Em seguida, serão trazidas algumas aplicações dos recursos, assim como limitações da utilização dos mesmos, além de outras estratégias terapêuticas que podem ser utilizadas diante dessas limitações.

Por fim, considerando a escassez bibliográfica sobre o tema, serão trazidos recursos utilizados pela presente autora e colegas próximos, a fim de ilustrar alternativas para o terapeuta e elucidar a aplicação das mesmas.

1. O Processo Terapêutico e suas Implicações

O processo terapêutico³ é definido por Moura e Venturelli (2004) como um conjunto de procedimentos que promovem mudanças graduais no repertório comportamental do cliente, que, ao longo do curso da terapia, vão se modificando e auxiliando a implementação de novas estratégias pelo terapeuta, visando à melhoria do cliente. Considerando que a organização e aplicação das estratégias clínicas partem do terapeuta, o processo terapêutico é, então, compreendido pelas intervenções do terapeuta diante das mudanças comportamentais do cliente. O domínio de conceitos de aprendizagem, clássica e operante, assim como uma análise funcional de todo o processo terapêutico são imprescindíveis a um bom analista do comportamento (Banaco & Zamignani, 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Entretanto, uma boa formação conceitual na sua abordagem não descarta a importância das características pessoais do terapeuta na formação do vínculo. Para Silveira (2003), não só a aliança terapêutica, como também o resultado da terapia, dependem de características do terapeuta.

De acordo com Silves (2000), a interação entre terapeuta e cliente leva a atividades que têm como objetivo promover a melhora do cliente, as quais são denominadas de intervenções clínicas. Skinner (1953/2000) já ressaltava a necessidade do empenho do terapeuta em desenvolver a empatia⁴ com o cliente, estabelecendo um vínculo que lhe possibilitaria, ao longo do processo terapêutico, utilizar-se de sua relação como instrumento de intervenção:

³ Millenson (1967) define processo como o que acontece no tempo com os aspectos significativos do comportamento, à medida que aplicamos o nosso procedimento (p. 57).

⁴ A empatia envolve a expressão apropriada de afeto e aceitação do cliente por parte do terapeuta e também a compreensão de seus estados internos e/ou de condição à qual ele está exposto (Vermes e cols., 2007, p. 212).

O poder inicial do terapeuta não é muito grande. Como o efeito que ele deve conseguir requer tempo, sua primeira tarefa é assegurar-se de que haverá tempo disponível. O terapeuta usa seja qual for o poder limitado que originalmente possui para assegurar-se de que o paciente continuará a ter contato com ele ó que o paciente voltará para continuar o tratamento. Contudo, à medida que o tratamento progride seu poder aumenta. Assim como um sistema social organizado se desenvolve, o terapeuta se torna uma importante fonte de reforço (p. 402).

Skinner (1953/2000) afirmava ainda que o cliente consegue se sentir menos errado, menos culpado ou menos pecador, à medida que uma audiência não punitiva é gradualmente estabelecida. Segundo Delitti (2005), o cliente começa a revelar informações quando se sente seguro, quando ele percebe a sua relação com o terapeuta como sendo diferenciada, uma relação confiável em que ele é cuidado e apoiado. Com isso, comportamentos apresentados nesse contexto tendem a se generalizar para outros ambientes, ficando sob controle de contingências naturais. Thomaz e Nico (2007) também acreditam que os comportamentos do cliente fora do consultório podem ser controlados por análises elaboradas na relação com o terapeuta.

A interação terapeuta-cliente passa a ser denominada como relação terapêutica quando as metas de tratamento adotadas pela díade forem capazes de enfraquecer ou fortalecer comportamentos do cliente (Silveira, 2003). Assim, a relação terapêutica é um tipo de interação social diferenciada, na qual o cliente busca alterar as contingências de sua vida de modo a melhorar seu bem-estar, e o terapeuta, por sua vez, contribui para a alteração de tais contingências, por possuir em seu repertório teórico estratégias de análise e intervenções que auxiliem na promoção da mudança

desejada. Durante a relação terapêutica estabelecida, terapeuta e cliente são falantes e ouvintes, e o repertório comportamental de ambos está em constante processo de modelagem (Meyer & Vermes, 2001).

De acordo com Vermes e cols. (2007), na relação terapêutica deve haver limites, porém esses limites devem ser colocados de forma delicada e acolhedora, além de serem estabelecidos gradualmente, para que a relação não se torne aversiva. O desenvolvimento dessa tolerância emocional perante situações aversivas é também um objetivo do processo terapêutico (Assunção & Vandenberghe, 2010; Dutra, 2010).

No entanto, as mudanças no comportamento do cliente só acontecerão se as reações do terapeuta às suas respostas forem diferentes das consequências obtidas no seu ambiente natural. Ou seja, a relação terapêutica deve ser diferenciada, para que novos repertórios de respostas possam ser modelados e instalados (Zamignani, 2000). Ao se alcançar uma interação não-aversiva, na qual haja uma audiência não punitiva, torna-se mais provável que o cliente consiga falar sobre assuntos dos quais ele vinha se esquivando ao longo de sua história de vida devido a punições recebidas (Assunção & Vandenberghe, 2010; Dutra, 2010; Vermes e cols., 2007).

A seguir, serão apresentadas algumas habilidades necessárias ao desempenho do terapeuta ao longo da terapia.

Habilidades do Terapeuta no Processo Terapêutico

Percebe-se que o terapeuta é o responsável por adquirir conhecimento teórico, conquistar a empatia do cliente, tornar o ambiente favorável à exposição do mesmo e elaborar procedimentos eficazes para o alcance de mudanças comportamentais que visem à minimização do sofrimento por parte do cliente. Dentre as habilidades

necessárias à formação do vínculo, destacam-se: o apoio social, ser atencioso, acolhedor, demonstrar empatia, ter capacidade para desenvolver o relacionamento interpessoal íntimo, tom de voz, expressão facial, momento escolhido para apresentar verbalizações, compreensão, aceitação, diretividade, questionamento, dentre outras (Abreu-Motta e cols., 2010; Conte & Regra, 2000; Novaki, 2003; Vermes e cols., 2007; Zamignani, 2005).

O terapeuta deve possuir habilidade de entrevistar, que pode ser treinada ao longo do tempo. Silvares e Gongora (1998) ensinam que, inicialmente, a entrevista deve ser composta por questões abertas, juntamente com técnicas que facilitam a expressão do cliente. Mais tarde, com o intuito de esclarecer e complementar as informações sobre o problema, as questões devem ser mais específicas. Durante esse processo, é fundamental demonstrar interesse, preocupação e empatia ao cliente.

Vermes e cols. (2007) afirmam que, diante de eventos relevantes da terapia, o terapeuta deve responder contingentemente. Segundo Zamignani (200), o terapeuta é parte do ambiente do cliente, isto lhe propicia observar e contingenciar os comportamentos emitidos por ele, de modo a ampliar o repertório apresentado, para que se torne possível a emissão de novas respostas do cliente no seu ambiente natural, em seu cotidiano. A resposta verbal do terapeuta pode funcionar tanto como um estímulo antecedente (que controla o comportamento do cliente), como um estímulo consequente (que modela o comportamento do cliente) à resposta verbal do cliente (Thomaz & Nico, 2007).

Para Conte e Brandão (1999), é papel do terapeuta interpretar a relação entre a verbalização do cliente e a relação terapêutica, estar atento aos sentimentos do cliente durante a sessão, expressar as suas próprias reações evocadas pelo cliente, favorecer a generalização das análises surgidas para outros contextos, evidenciar a ocorrência

de CRB1 para o cliente, modelar CRB2 e reforçar CRB3 emitidos por ele. Portanto, o terapeuta precisa desenvolver habilidades para isso.

A análise de eventos relatados e a identificação de CRBs é imprescindível ao processo terapêutico. Eventualmente, o cliente pode ajudar na identificação de CRBs e validar as observações do terapeuta. Entretanto, a previsão e o controle do comportamento do terapeuta envolvem o seu próprio conhecimento sobre o que acontece na sessão, quais os comportamentos emitidos e quais as contingências envolvidas na emissão destes. Os sentimentos e pensamentos do terapeuta evocados pela presença do cliente também consistem em um dado que complementa a análise, além de ser uma importante estratégia de acesso a esses CRBs (Conte & Brandão, 1999; Novaki & Meyer, 2002; Zamignani, 2000).

Para Ferster (1922/1972), a primeira tarefa do terapeuta deve ser definir o comportamento de forma objetiva e identificar as contingências que alteram a frequência do mesmo. Kohlenberg e Tsai (1991/2001) afirmam que é papel do terapeuta observar, notar, reforçar e interpretar o comportamento do cliente como um método de intervenção terapêutica (p. 19).

Diante de tanta responsabilidade, é natural que, em alguns momentos, o terapeuta apresente dificuldades em alcançar seus objetivos. Thomaz e Nico (2007) destacam que o próprio ambiente do consultório impossibilita o contato com as contingências reais, além de limitar o controle de variáveis do cotidiano do cliente.

Sabe-se que muitos terapeutas, conhecedores dos princípios de aprendizagem e da teoria comportamental em geral, apresentam na sua prática clínica dificuldades em manter seus clientes perseverantes no processo terapêutico (Goldfried & Davison, 1975, citado por Delitti, 2005). Terapeutas inexperientes, às vezes, necessitam de maior tempo de terapia, devido a dificuldades em definir intervenções e objetivos do

tratamento. E, eventualmente, acabam por ficar mais sob o controle de regras do que das contingências da sessão. O treino e a experiência ajudam a desenvolver repertórios que possibilitem ao terapeuta enfrentar, questionar e argumentar (Abreu-Motta e cols., 2010; Novaki, 2003). No entanto, estudos mostram que a experiência do terapeuta não influencia a formação de vínculo com o cliente. As pesquisas demonstram que características pessoais do terapeuta são as preditivas na formação da aliança terapêutica (Novaki, 2003).

Zamignani (2000) levanta a possibilidade de se utilizar procedimentos como *role-playing*, modelação ou seguimento de regras para treinar comportamentos públicos dos terapeutas. Porém, comportamentos privados emitidos pelo terapeuta são mais difíceis de serem treinados. Neste caso, uma opção seria a supervisão clínica, que pode auxiliar o terapeuta a discriminar se seus sentimentos e pensamentos estão relacionados às queixas do cliente e ao processo terapêutico em si, sinalizando CRBs do cliente; ou se estão relacionados à própria história de vida do terapeuta, não possuindo uma ligação específica com o cliente. Para Abreu-Motta e cols. (2010) e Novaki (2003), o desenvolvimento de tais habilidades permite ao terapeuta uma maior previsibilidade e controle de comportamentos na sessão.

Silvares (2000) afirma que a metodologia e os instrumentos utilizados pelo terapeuta para discriminar as variáveis do comportamento dependem da idade do cliente, bem como das características e dos comportamentos emitidos por ele. Os indivíduos que buscam a terapia, frequentemente, possuem baixo repertório comportamental de relacionamento interpessoal (Delitti, 2003). Existem várias situações que dificultam o trabalho do clínico, como, por exemplo, quando os CRBs eventualmente não aparecem na sessão. É papel do terapeuta elaborar estratégias que

promovam o aparecimento de CRBs e que possibilitem a exposição de sentimentos do cliente e do terapeuta na sessão (Conte & Brandão, 1999).

Com o objetivo de alterar as variáveis que sustentam a queixa e ampliar o repertório do cliente para lidar com as suas contingências de vida, o terapeuta seleciona técnicas específicas, embasadas nos dados obtidos por meio da análise funcional, que são aplicadas na sua interação com o cliente (Banaco, 1999; Kerbauy, 2002; Marçal, 2005; Meyer, 2003). Kerbauy (1983) explica que muitas técnicas, surgidas a partir de pesquisas e estudos científicos, foram modificadas com a prática clínica, ao longo do tempo.

Técnicas propostas com base na Análise Experimental do Comportamento e nos conceitos e aspectos filosóficos da Análise do Comportamento podem gerar estratégias de intervenções que, adaptadas às necessidades de cada caso, enquadram-se às situações clínicas (Conte & Regra, 2000). Os objetivos de cada intervenção e cada decisão terapêuticas, bem como as possíveis alterações nos mesmos, devem ser explicitados para o cliente e todos os envolvidos, bem como as possíveis alterações dos objetivos ao longo do processo (Vermes e cols., 2007). A concordância entre o cliente e o terapeuta sobre as intervenções e tarefas⁵ estipuladas é o principal integrante da aliança terapêutica para alcançar bons resultados (Diguseppe, Linscott & Jilton, 1996, citado por Silveira, 2003).

Como dito anteriormente, Silveira (2003) traz a aliança terapêutica como um item fundamental para a psicoterapia e destaca três elementos na sua composição, são eles: o vínculo terapeuta-cliente, o ajuste na percepção que o terapeuta e o cliente têm das tarefas da terapia e a concordância da díade quanto aos objetivos do tratamento (p. 142).

⁵ Tarefas terapêuticas referem-se a atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar mudanças (Novaki, 2003, p. 252).

Assim, torna-se clara a importância da relação terapêutica, a possibilidade da utilização da mesma como estratégia de intervenção, a necessidade de se elaborar análises funcionais de cada caso, bem como o respeito às particularidades de cada indivíduo e sua história de vida e a existência de várias técnicas de intervenções. Diante disto, demonstradas as dificuldades enfrentadas pelos terapeutas, busca-se no presente trabalho trazer recursos ou *tarefas* que possam complementar os procedimentos adotados pelos clínicos, facilitando o alcance de objetivos estabelecidos dentro do processo terapêutico.

Sabe-se que o cliente será perseverante nas tarefas propostas pelo terapeuta apenas diante de uma relação terapêutica embasada num sólido vínculo terapeuta-cliente, com uma relação reforçadora e consistente. Além disso, com já visto, a relação terapêutica é também um instrumento de intervenção (Delitti, 2005; Vermes e cols., 2007). Na terapia infantil, por exemplo, Regra (2001) afirma que a tarefa deve ser colocada de forma lúdica e desafiadora, para que a criança aceite fazê-la. O mesmo pode ser atribuído ao adulto, em sua terapia.

Para maior esclarecimento, nos capítulos seguintes, serão aprofundadas questões como as funções dos recursos terapêuticos, e o momento certo de utilizá-los ou não.

2. Funções dos Recursos Terapêuticos

De modo geral, sabe-se que o objetivo da terapia é aumentar o contato com as contingências reforçadoras e minimizar o sofrimento do indivíduo (Vermes e cols., 2007).

Tratar de determinados assuntos torna a terapia um procedimento difícil com um grau de aversividade significativo que leva o cliente, muitas vezes, a fugir e/ou se esquivar de algumas intervenções. O terapeuta precisa ter a habilidade de contrabalancear a aversividade do processo terapêutico com ações que sejam reforçadoras, mas que promovam o bloqueio da esQUIVA do cliente. A própria análise da relação terapêutica propicia ou é consequência do enfrentamento de situações-problemas. Portanto, desenvolver a tolerância emocional do cliente perante a confrontação é um dos objetivos da terapia (Assunção & Vandenberghe, 2010; Conte & Brandão, 1999; Dutra, 2010).

A partir da compreensão das variáveis relacionadas às queixas, podem-se elaborar estratégias clínicas para alterar as contingências presentes, não dispensando uma prévia análise funcional (Silvares, 2000). Dreiblatt (1980) diz que, independente da abordagem teórica do terapeuta, a escolha da estratégia a ser utilizada possui duas funções: (a) focar a atenção em um comportamento-problema, tentando obter melhores análises sobre ele; ou (b) levantar discussões com o cliente, a fim de promover uma melhor visualização de padrões recorrentes, desenvolvendo problemáticas simultâneas.

Na manipulação das variáveis envolvidas na análise funcional, o terapeuta muitas vezes emite verbalizações do tipo conselhos e regras para o cliente. Entretanto, para que o cliente siga as instruções, é necessário que haja uma história de reforçamento

por seguimento de regras e variáveis motivacionais para engajamento no processo terapêutico (Thomaz & Nico, 2007).

Skinner (1974/1982) ressalta que a terapia não se restringe à obtenção de contingências reforçadoras e, em momentos adequados, a inserção de conselhos, avisos ou regras emitidas pelo terapeuta, pode ser produtiva. A resposta verbal do terapeuta pode exercer o papel de um estímulo antecedente que controla o comportamento do indivíduo (uma regra) ou um estímulo consequente que o modela (Thomaz & Nico, 2007).

Assim, os recursos terapêuticos podem ser bastante úteis no decorrer do processo, auxiliando o terapeuta em diferentes momentos. A seguir, apontam-se possíveis objetivos dos recursos terapêuticos em diferentes etapas da terapia.

Formação de Vínculo

A importância dada ao vínculo na relação terapêutica é um ponto em comum entre as diferentes abordagens da Psicologia. Como já dito, um bom vínculo e um ambiente não punitivo favorecem a expressão do indivíduo. O terapeuta precisa desenvolver habilidades para promover o vínculo com o seu cliente, para isso pode-se utilizar vários recursos, inclusive recursos lúdicos⁶. A importância da utilização dos recursos lúdicos para a promoção do vínculo é muito apontada na Terapia Analítico-Comportamental Infantil; contudo, apesar da pouca bibliografia, pode-se generalizar tal importância para a terapia com adultos.

Conte e Regra (2000) destacam, como algumas das funções dos recursos lúdicos, a promoção da aceitação da terapia pela criança e a avaliação da relação terapêutica.

Regra (2001) fala sobre a tensão da criança nas primeiras sessões e a possibilidade de

⁶ Recursos lúdicos ou atividades lúdicas geralmente envolvem o jogar e o brincar. O papel dos recursos lúdicos está relacionado com a diminuição da aversividade das relações, o desenvolvimento de repertórios comportamentais e a evocação de CRBs durante a sessão (Silveira & Silvaes, 2003).

se utilizar as atividades lúdicas com o objetivo de alterar contingências ambientais para modificar respostas verbais e não verbais do cliente. Já Moura e Venturelli (2004) afirmam que o uso dos recursos lúdicos favorece o emparelhamento da terapia com atividades reforçadoras, auxiliando a promoção da generalização de eventos privados agradáveis.

O adulto, assim como a criança, também se sente tenso ao iniciar um processo terapêutico. Os recursos terapêuticos podem, em alguns casos, facilitar a quebra dessa aversividade inicial e a formação do vínculo, tornando a relação terapêutica uma fonte de intervenção. Moura e Venturelli (2004) ressaltam que os recursos lúdicos ganham um destaque especial na fase intermediária do processo terapêutico, apesar de poderem estar presentes em todas as fases. O terapeuta pode se utilizar do lúdico pedindo, por exemplo, para o seu cliente adulto fazer um desenho, uma colagem ou até mesmo uma sessão com argila ou massa de modelar, a fim de quebrar a rotina da terapia.

Investigação da Queixa

Após a formação do vínculo, o próximo passo do terapeuta é investigar a queixa e as variáveis envolvidas nesta. Regra (2001) afirma que atividades lúdicas podem favorecer o levantamento de dados. É imprescindível, para o desenvolvimento da terapia, que o terapeuta faça uma boa investigação dos comportamentos-problema, bem como de seus antecedentes e consequentes, da história de vida, dos padrões-comportamentais, das variáveis ambientais que instalaram e que mantêm o repertório comportamental do indivíduo (Baum, 1994/1999; Marçal, 2010; Silvaes, 2000; Skinner, 1953/2000).

Meyer (2003) diferencia o conceito de antecedentes, como sendo a ocasião em que o comportamento é emitido, da sua história de vida. O acesso à história de vida do indivíduo possibilita o entendimento da história de aprendizagem e dos esquemas de reforçamento e punição aos quais ele foi submetido, ao longo de sua vida. O terapeuta pode usar a sua criatividade para elaborar recursos que colaborem com a coleta de dados e a identificação de variáveis relacionadas à queixa.

Conte e Regra (2000) trazem como funções dos recursos lúdicos: (a) encontrar reforçadores, que, posteriormente, podem ser úteis nas estratégias de intervenções; (b) investigar as interações pessoais do indivíduo com pessoas significativas de seu meio; (c) identificar as variáveis contingentes à queixa; (d) analisar antecedentes e consequentes dos comportamentos emitidos pelo cliente; e (e) identificar conceitos e/ou autorregras do indivíduo, bem como se dá a relação destas com o ambiente. Tais funções podem ser generalizadas para o atendimento do adulto.

Portanto, os recursos terapêuticos podem auxiliar o psicólogo na investigação da queixa e das contingências relacionadas a ela. Vale ressaltar que as etapas do processo terapêutico não acontecem de forma independente; pelo contrário, elas se entremeam umas nas outras, podendo o terapeuta investigar a queixa durante a formação de vínculo, ou na intervenção. Ao investigar as contingências envolvidas na vida de um cliente que chega com queixa de relacionamento pessoal, por exemplo o terapeuta também pode estar intervindo, simultaneamente. Assim, a divisão colocada aqui tem apenas o intuito de facilitar o entendimento do leitor e destacar diferentes possibilidades de utilização dos recursos.

Intervenção

A intervenção é a etapa do processo onde se busca alterar as contingências envolvidas na queixa para que haja uma mudança comportamental do cliente. Para que a intervenção seja bem sucedida, é preciso treinar repertórios no cliente, que ele pode não ter desenvolvido ao longo de sua vida, dentre eles, o comportamento de auto-observação e autoconhecimento. Para isso, os registros podem ser muito úteis, auxiliando o indivíduo no desempenho dessas habilidades (Conte & Regra, 2000).

Um aspecto já ressaltado é a dificuldade de acessibilidade aos comportamentos privados do cliente. Algumas pessoas apresentam muita dificuldade em expressar sentimentos e pensamentos e cabe ao terapeuta elaborar estratégias que possibilitem a exposição dos comportamentos privados do indivíduo. Regra (2001) destaca que a inserção de tarefas durante a sessão favorece a ocorrência de respostas verbais e não-verbais. Kerbauy (2000) afirma que a descrição da emoção ocorre como a descrição de qualquer outro comportamento e é importante a relação funcional que produza reforço entre o cliente e o outro. Assim, o comportamento de sentir também possui antecedentes e consequentes. Delitti (2003) ressalta que estratégias podem ser utilizadas para facilitar a emissão do comportamento verbal do cliente, principalmente aqueles que não podem ser discriminados por ele ou que promovam respostas de fuga e esquiva no indivíduo. Conte e Regra (2000) também afirmam que a obtenção de descrições emocionais pode ser facilitada com o uso de instrumentos lúdicos. Um exemplo seria o terapeuta criar um jogo com õsmilesö que expressem diferentes sentimentos para ajudar o cliente a identificar seus próprios sentimentos em cada dia.

Thomaz e Nico (2007) afirmam que intervenções do terapeuta podem modelar comportamentos de auto-observação e autodescrição dos clientes, tornando-as mais

consistentes e precisas. Por exemplo, ao se pedir que o cliente faça um registro durante a semana de determinados comportamentos, você coloca seus comportamentos sob controle dessas respostas verbais. Para Conte e Brandão (1999), é importante para o autoconhecimento que o paciente faça análises funcionais da sua própria resposta no momento da emissão, pois isso facilita o contato com as variáveis de controle do comportamento e gera autorregras mais efetivas. O terapeuta pode se utilizar de vários recursos para identificar essas contingências envolvidas, dentre elas os recursos lúdicos. Regra (2001) nota que atividades lúdicas, eventualmente, podem funcionar como operações estabelecedoras, ou seja, como estímulos que estabelecem ou aumentam a efetividade reforçadora de emitir respostas, momentaneamente.

Silveira (2003) cita que, para a mudança clínica ocorrer, devem ser adotados procedimentos que ensinam ao cliente a analisar funcionalmente suas respostas, modelam os comportamentos apresentados na sessão e expressam empatia e aceitação.

Para Kohlenbeg e Tsai (1991/2001) a relação terapeuta-cliente deve evocar CRB1 e favorecer a ocorrência de CRB2. Logo, o terapeuta pode se utilizar de recursos para promover a emissão de CRB1, de modo que ele possa intervir, liberando uma consequência para o comportamento do cliente. Os autores destacam ainda que a reação do terapeuta é o único reforçador natural, presente na sessão, que pode reforçar os CRB2s.

Os recursos terapêuticos podem, nesta etapa, promover o surgimento de reações emocionais no indivíduo, analisar comportamentos públicos e privados, elaborar autorregras mais efetivas, modelar a habilidade de solucionar problemas, desenvolver repertórios comportamentais de relacionamento, auxiliar o levantamento de

comportamentos alternativos mais adaptativos, dentre outras (Conte & Regra, 2000; Millenson, 1967; Moura & Venturelli, 2004).

Alta

O terapeuta deve preparar o cliente para a alta do processo terapêutico. É fundamental para que o paciente receba a alta que as mudanças observadas na sessão se generalizem para o ambiente natural do indivíduo. Os recursos podem ser utilizados nesta etapa com o objetivo de facilitar, promover e investigar a ocorrência dessa generalização.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) explicam que essa generalização ocorre devido à similaridade funcional entre o ambiente externo e o consultório, ou seja, os ambientes são similares por evocarem comportamentos funcionalmente semelhantes e não por características físicas. Diante disto, é fundamental que o terapeuta possibilite o desenvolvimento da autonomia do cliente, para que possa retirar a ajuda inicialmente dada ao cliente (Vermes e cols., 2007).

A seguir, serão ilustrados alguns momentos em que a aplicação dos recursos pode auxiliar o terapeuta e outros onde o uso de recursos pode não ser adequado, acompanhado de possíveis intervenções para serem aplicadas nesses casos.

3. Aplicação de Recursos Terapêuticos

O embasamento da prática clínica da Ciência do Comportamento ocorre por meio das observações das interações verbais na terapia. O alcance de um bom resultado terapêutico exige do terapeuta a capacidade de discernir como e quando prosseguir em suas intervenções. Para isso, torna-se necessário ao sucesso da psicoterapia o desenvolvimento de habilidades do psicólogo no manejo e na condução da terapia, assim como a sistematização do processo terapêutico por meio de procedimentos e recursos adotados (Abreu-Motta e cols., 2010; Delitti, 2003; Moura & Venturelli, 2004).

Para Banaco (1999), os recursos terapêuticos são bons, válidos e úteis; desde que sejam empregados em um contexto terapêutico e que sejam decorrentes de uma análise funcional elaborada por um terapeuta habilitado. Por sua vez, Silvares (2000) afirma que o sucesso na formulação de uma análise funcional decorre da experiência e da formação teórica do psicólogo, afinal não há regras ou técnicas pré-estabelecidas para serem seguidas no levantamento de antecedentes e consequentes.

O processo terapêutico tem um bom resultado quando se observa o desenvolvimento do repertório de enfrentamento do cliente, especialmente em situações que exigem habilidades de relacionamento interpessoal, as quais, anteriormente, evocavam comportamentos de esquiva no mesmo (Conte & Brandão, 1999). Portanto: ãa terapêutica é boa quando elimina os itens desviantes do repertório comportamental da maioria das pessoas que a receberamö (Banaco, 1999, p. 76). Pode-se acrescentar a esta citação a afirmação de que a terapêutica é boa também quando constrói repertório, quando acrescenta comportamentos a este.

Por outro lado, a utilização de recursos terapêuticos pode não funcionar em alguns casos. Isso pode ocorrer devido a vários fatores, inclusive devido a características pessoais de cada cliente. A seguir, serão apresentadas algumas hipóteses que podem justificar a ineficácia dos recursos terapêuticos:

- i) Alguns clientes possuem dificuldade em relatar eventos de seu cotidiano no *setting* terapêutico (Del Prette & Garcia, 2007). Entretanto, ao mesmo tempo em que os recursos terapêuticos podem auxiliar a expressão por parte de algumas pessoas, podem também dificultar o acesso em outros casos, remetendo o terapeuta à necessidade de algo mais relacional. Ou seja, com algumas pessoas, o processo obtém um melhor resultado se for conduzido como uma conversa natural;
- ii) Pessoas muito desconfiadas tendem a desconfiar de qualquer coisa dita ou proposta pelo terapeuta, o que pode interferir na validade do recurso terapêutico (Del Prette & Garcia, 2007);
- iii) Caso o terapeuta não possua um bom repertório de observação, ele pode não ser capaz de estar atento a todas as informações importantes presentes e, portanto, fazer um mau uso do recurso (Conte & Brandão, 1999);
- iv) Na FAP, o fato de o terapeuta não possuir, em seu repertório, a resposta a ser analisada no cliente pode dificultar o entendimento das contingências envolvidas (Conte & Brandão, 1999);
- v) Para a FAP pode haver esquiva, por parte do terapeuta, de situações de confronto. Situações de confronto podem ser importantes para o desenvolvimento da tolerância emocional do cliente; entretanto, muitas vezes, o próprio terapeuta não possui essa tolerância e se esquiva dessas situações, impossibilitando o enfrentamento do cliente (Conte & Brandão, 1999);

- vi) O terapeuta pode ficar preso a análises topográficas das respostas do cliente e não identificar comportamentos funcionalmente semelhantes. Na FAP, é imprescindível a identificação da similaridade funcional dos comportamentos para um bom resultado da terapia (Conte & Brandão, 1999);
- vii) Pode não haver clareza e concordância entre terapeuta e cliente quanto às metas e as tarefas estabelecidas. Os recursos empregados durante o processo terapêutico devem ter seus objetivos esclarecidos ao cliente; além disso, tais objetivos devem ser coerentes com as metas da terapia. Caso isso não esteja nítido, pode comprometer o engajamento do indivíduo na realização das tarefas (Silveira, 2003);
- viii) Ainda na FAP, em alguns raros casos, os CRBs podem não estar ocorrendo na sessão terapêutica (Conte & Brandão, 1999);
- ix) A pessoa pode não saber que fez ou está fazendo alguma coisa: por não possuir um bom repertório de auto-observação, não consegue visualizar a importância de seus comportamentos (de Rose, 1997);
- x) A pessoa pode não conhecer as variáveis que controlam o seu comportamento, não conseguindo, portanto, identificar respostas que exercem um controle discriminativo sobre o seu comportamento (de Rose, 1997);
- xi) A pessoa pode ter seu comportamento punido se sentir que seu empenho na realização de tarefas não foi valorizado pelo terapeuta. Desse modo, pode não se engajar mais (Dreiblatt, 1980);
- xii) O comportamento do cliente pode estar insensível às contingências (Thomaz & Nico, 2007);
- xiii) O cliente pode estar resistente à terapia, ou seja, não está disposto a cooperar. Isso pode ocorrer devido a fatores relacionados ao terapeuta, como

inflexibilidade, avaliação inadequada de prioridades, etc.; ou a fatores relacionados ao próprio cliente, tais como: falta de motivação, medo de mudar, padrões comportamentais de pessimismo ou de inassertividade, etc. Além disso, a resistência pode surgir devido à própria relação terapêutica, como, por exemplo, um conflito de características pessoais entre terapeuta e cliente (Shinohara, 2000); e

- xiv) A resistência a mudança pode acontecer por contingências do cotidiano ou devido à presença de um reforço de baixa magnitude, ou a um atraso na emissão do reforço por parte do terapeuta (Santos, 2005).

Diante de tudo isso, pode-se perceber o quanto a eficácia da utilização dos recursos terapêuticos está relacionada a vários fatores e como sua aplicação está sujeita a erros. Entretanto, isso não exclui a possibilidade de ser útil ao terapeuta. Contudo, cabe ao terapeuta a difícil tarefa de discriminar quando, como e com quem aplicar cada um deles. Ressalta-se aqui, novamente, que o processo terapêutico consiste em algo muito mais amplo do que a simples aplicação de técnicas ou mesmo de recursos terapêuticos. Ainda que estes não tragam resultados, o terapeuta pode agir de outras formas, como vistas a seguir.

Outras Intervenções

Delitti (2003) ressalta que a mudança ocorre devido à interação verbal na sessão entre terapeuta e cliente; sendo assim, ainda que a aplicação de recursos terapêuticos não funcione, o terapeuta pode intervir por meio das interações verbais. Para Thomaz e Nico (2007), essa interação verbal é o objeto primeiro de intervenção do terapeuta e o alicerce para a mudança das contingências presentes na vida do cliente. Segundo Banaco (1999), é essencial alterar a relação entre o indivíduo e o

ambiente. Para isso, é importante que se desenvolva um repertório de auto-observação para o progresso da terapia. A auto-descrição também traz benefícios e pode se transformar em um estímulo antecedente para a descrição dos comportamentos envolvidos nas contingências; além disso, este comportamento verbal de descrição pode controlar comportamentos não-verbais. Sanabio-Heck e Motta (2005) também trazem como propostas de intervenção o treino de auto-observação e o treino de repertórios não-verbais e verbais.

Como dito anteriormente, de acordo com Del Prette e Garcia (2007), a análise funcional fornece ao terapeuta uma sustentação para planejar suas ações. Deste modo, o terapeuta pode elaborar suas intervenções alterando os antecedentes ou os consequentes envolvidos na resposta do cliente. A manipulação de qualquer uma dessas variáveis afeta diretamente o comportamento do indivíduo.

O uso de questionamento reflexivo permite a condução de uma sessão com perguntas que levem a ampliar objetivos, favorecer descrições de eventos, elucidar novas discriminações ou instalar diferentes relações condicionais (Conte & Regra, 2000). O uso do questionamento no relato verbal também é enfatizado por Regra (2001) como uma ferramenta para identificar contingências e ampliar repertórios comportamentais. Silvaes e Gongora (1998) explicam ainda que questões abertas facilitam a expressão do cliente. Entretanto, caso o objetivo do terapeuta seja esclarecer o problema ou acrescentar informações, o uso de questões fechadas pode ser mais eficaz.

Vermes e cols. (2007) levantam os imprevistos, surgidos durante a sessão, como uma oportunidade de o cliente expandir seu repertório de resolução de problemas. Os autores ressaltam ainda a necessidade de se desenvolver a autonomia do cliente, para que ele não mais precise da ajuda do terapeuta para suas interações. Regra (2001)

afirma que qualquer mudança na função do contexto pode ser propícia para promover alterações nas respostas do cliente.

Outra alternativa de intervenção é a atuação do terapeuta de modo a identificar CRBs1, reforçar CRBs2 e modelar CRBs3. Tais comportamentos, por parte do terapeuta, promovem o autoconhecimento e indicam uma melhora clínica (Conte & Brandão, 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Enfim, Silveira (2003) notou que a mudança clínica estava relacionada a procedimentos como a modelagem direta do comportamento do cliente na sessão, a empatia e aceitação do terapeuta para com o cliente e a instrução do cliente a fazer a análise funcional de seus próprios comportamentos. No Capítulo 4, serão trazidos exemplos práticos de recursos que podem ser utilizados em vários momentos do processo terapêutico, abrangendo as funções citadas no presente trabalho.

4. Exemplos de Recursos Terapêuticos

Diante de toda a aplicabilidade dos recursos terapêuticos ressaltada durante o presente trabalho, viu-se a necessidade de apresentar exemplos que possam elucidar para o leitor a funcionalidade dos mesmos. Para tanto, serão trazidos exemplos utilizados pela própria autora, supervisores e colegas de trabalho, aplicados durante a prática clínica dos mesmos. Com o objetivo de preservar a identidade dos clientes, serão utilizados, ao longo de todo o capítulo, nomes fictícios.

Como dito anteriormente, os diversos recursos apresentados podem e devem ser adaptados a cada caso, de acordo com a análise funcional e as características individuais de cada paciente. Eventualmente, a aplicação de tais recursos pode não ser funcional, cabendo ao terapeuta a habilidade de identificar as variáveis envolvidas e conduzir a sessão devidamente. Os recursos podem ser utilizados em diferentes etapas do processo terapêutico, de acordo com o objetivo e a aplicabilidade do momento. Portanto, apresentam-se, a seguir, vários recursos terapêuticos com sua aplicação, que foram utilizados pela presente autora e por suas colegas de trabalho, para exemplificar a utilização dos mesmos. Muitos desses recursos são sempre utilizados por psicólogos e são apresentados em discussões e em supervisões dadas por diversos profissionais. Alguns deles são mencionados em livros de auto-ajuda e *sites* da internet.

4.1. Pizza da Vida

A pizza da vida é muito utilizada por vários psicólogos. A proposta original refere-se a apresentar um círculo (pizza) ao cliente e pedir que ele realize uma divisão dos vários contextos da vida, ou seja, ele deverá designar dividir as fatias de

sua vida, as porções ou o tempo dedicado, correspondentes a cada aspecto dela. Ela pode ser utilizada com o objetivo de coletar dados, de chamar a atenção do cliente para o modo em que ele tem conduzido a sua vida e para as prioridades que ele tem estabelecido ou mesmo questioná-las com os seus valores. Veja a seguir um exemplo de uma pizza da vida de uma cliente de 25 anos, com queixa de relacionamento amoroso:

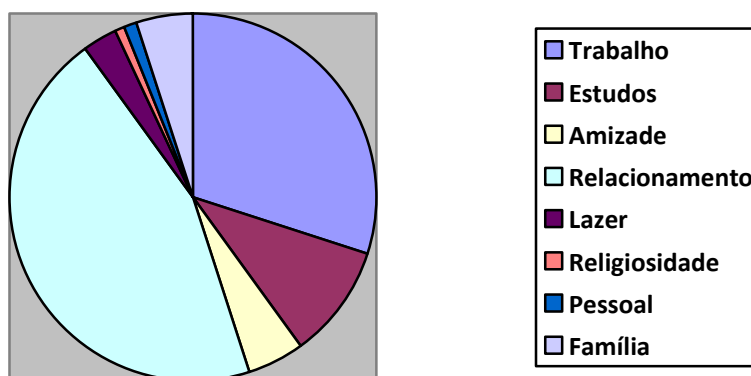


Figura 1. Pizza da Vida ó cliente de 25 anos, com queixa de relacionamento amoroso, está sempre dedicando sua vida e seu tempo ao seu namorado, deixando os demais aspectos de sua vida de lado.

Os psicólogos podem usar diversas variações a partir da pizza da vida, como, por exemplo, fazer uma pizza da vida atual e uma da vida ideal, ou seja, qual seria o ideal de vida para aquele cliente. Essa estratégia pode ser um ótimo instrumento de intervenção para questionar o cliente inassertivo sobre o seu papel ativo em sua vida e o que ele tem de fato feito para alcançar seus objetivos.

Outra variação da pizza da vida seria a **pizza de papéis**, na qual, no lugar dos contextos da vida do cliente, o terapeuta coloca os diversos papéis que ele desempenha. Esse modelo traz resultados muito interessantes, pois ressalta para o cliente o quanto ele precisa desempenhar várias atribuições ao longo de seu dia-a-dia e, muitas vezes, o quanto ele se esquece de cuidar de si mesmo, como pode ser

observado na Figura 2, que ilustra a pizza de uma cliente de 45 anos, com queixa de inassertividade:

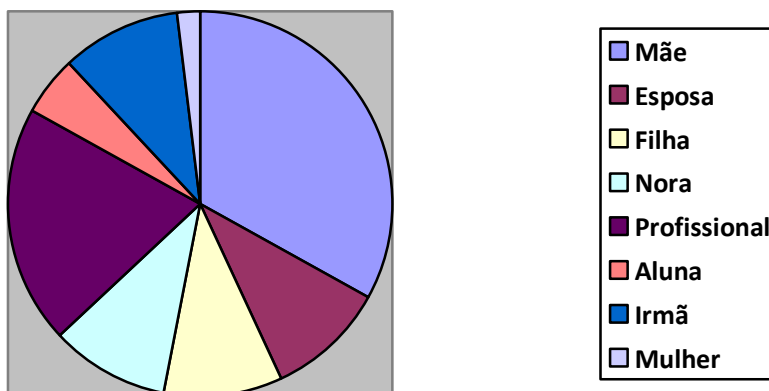


Figura 2. Pizza de Papéis ó cliente de 45 anos com queixa de inassertividade, dedica muito de sua vida ao trabalho e aos outros e nunca tem tempo para si mesma.

4.2. Três Elogios

Esse recurso consiste em pedir ao paciente que faça uma lista, ao longo da semana, citando três elogios diferentes para si mesmo a cada dia. O objetivo da tarefa consiste em desenvolver uma auto-observação, em trabalhar a autoestima e a auto-discriminação do cliente. O interessante da tarefa é o fato de ela colocar o cliente para tirar cinco minutos de seu dia para pensar nele mesmo. Algumas vezes, apesar de o terapeuta frisar a importância de se cumprir a tarefa gradualmente, o cliente pensa em todos os elogios em um mesmo dia. Outras vezes, o cliente não consegue trazer a quantidade de elogios solicitada. Ainda assim, o terapeuta deve reforçar o comportamento do cliente e valorizar os elogios trazidos.

O terapeuta também pode empregar o recurso de outras maneiras, como quando o cliente está com dificuldades de relacionamento com alguma pessoa com a qual ele precisa conviver ó por exemplo, um colega de trabalho ou alguém de sua família ó, o terapeuta pode solicitar que se aponte um elogio ou característica positiva (pois a

tarefa não deve ter um alto custo de resposta, para não se tornar muito aversiva) daquela pessoa por dia. Isso ajuda o cliente a discriminar outras características da pessoa.

4.3. Quadrantes

Consiste em pedir ao paciente que traga coisas que ele gosta e faz, coisas que ele gosta e não faz por um motivo qualquer, coisas que ele não gosta e mesmo assim faz, e coisas que ele não gosta e não faz de jeito algum. É um exercício funcional para coleta de dados e para levantamento de reforçadores, até mesmo reforçadores da vida passada do cliente, que não estão mais presentes. Pode ser utilizado para questionar o que o tem impedido de realizar coisas que ele gosta ou porque ele faz determinadas coisas que ele não gosta. Contudo, o terapeuta deve tomar cuidado, pois esse é um recurso que pode se tornar longo e cansativo tanto para o cliente quanto para o próprio terapeuta, pelo fato de o cliente trazer vários tópicos que se tornam longos de serem abordados, e alguns tópicos óbvios, em que a discussão pode vir a se tornar massante.

4.4. Gênio da Lâmpada

O terapeuta relembra a história do gênio da lâmpada e dá direito ao cliente de pedir três coisas e de retirar três coisas de sua vida. O exercício traz importantes dados ao psicólogo e fornece a ele a oportunidade de questionar o cliente sobre quais têm sido as atitudes que ele tem tomado para conseguir ganhar ou retirar coisas de sua vida, pois, afinal, os gênios não existem, além da identificação de estímulos reforçadores e estímulos discriminativos presentes em sua vida.

4.5. Dinâmica do Espelho

Nesse exercício, o psicólogo coloca o cliente de frente a um espelho, e vira-se de costas para que o cliente se sinta o mais sozinho possível e não fique sob controle da presença do terapeuta. Em seguida, pede para que o cliente descreva quem ele está vendo, incluindo características físicas e emocionais. Caso seja preciso, o psicólogo pode fazer algumas perguntas para auxiliar a descrição. Enquanto isso, o terapeuta anota as principais informações descritas e, ao final, lê para o cliente. Esse recurso pode ajudar na auto-percepção e na auto-observação do cliente, ajuda a trabalhar a autoestima e a auto-imagem. Porém, com alguns clientes que se esquivam desse contato, pode não funcionar, pois eles mantêm a descrição na superficialidade e cabe ao terapeuta elaborar outras maneiras de intervir.

4.6. Envelope dos Sentimentos

O terapeuta escreve o nome de vários sentimentos, todos os possíveis, e coloca dentro de um envelope, em papéis separados. Em seguida, pede para o cliente retirar um papelzinho e descrever uma situação, ao longo da vida dele, em que esse sentimento estivesse presente. Este recurso possui várias utilizações. Pode ser feito com vários ou até mesmo com todos os sentimentos, ou pode ser aplicado eventualmente, com um ou dois sentimentos ao longo das sessões. É um ótimo recurso para clientes que apresentam dificuldades em se expressar ou discriminar seus sentimentos. Também permite ao terapeuta fazer análises funcionais dos eventos privados, levantando antecedentes, respostas e conseqüentes de cada sentimento.

4.7. Quiromancia

Antes de iniciar o procedimento, o terapeuta explica um pouco sobre a quiromancia, para a qual a história da pessoa está escrita em suas mãos, contendo a mão direita o seu passado e a mão esquerda o seu futuro. Depois disso, o terapeuta pega uma folha em branco e pede para que o cliente coloque suas duas mãos sobre a folha, de modo que ele possa fazer um contorno em cada uma delas. Então, solicita-se ao paciente que ele forneça a ãcolaö, ou seja, que ele escreva dentro do desenho da sua mão direita o que o terapeuta veria no seu passado, caso fosse ler a sua mão. Esse passo fornece ao psicólogo uma coleta de dados sobre a percepção do cliente do seu passado, quais foram as contingências importantes ao longo de sua vida, ou mesmo, o fato de, algumas vezes, o cliente ter omitido, em terapia, dados que pareciam ser muito importantes pra ele. Nessa situação o terapeuta pode investigar com o cliente o porquê desse comportamento, questionando a valorização que ele dá ao fato na sua atual circunstancia de vida.

Depois disso, o terapeuta solicita que o cliente coloque o que ele veria no seu futuro, caso fosse ler sua mão esquerda. Do mesmo modo, isso também pode ser um importante instrumento de coleta para o psicólogo. Ao final, o psicólogo passa um risco no meio do desenho das duas mãos e escreve a data do dia, para simbolizar o presente. Então, o psicólogo fala sobre a aceitação do passado, os desejos do futuro e que o futuro está em suas mãos: é o paciente quem vai escrever seu futuro, é ele quem vai escolher o que fazer com o seu tempo, com o seu presente. É uma tarefa muito interessante que possibilita ao terapeuta o acesso a vários dados.

4.8. Metas de Vida

As metas de vida podem ser solicitadas para o cliente de acordo com algumas etapas, ou seja, podem ser solicitadas metas de curto prazo (cerca de seis meses a um ano), de médio prazo (cerca de 5 anos) e de longo prazo (25 anos, por exemplo). Esse exercício pode facilitar o levantamento de perspectivas futuras, no caso de pacientes que estão focados no presente e não visualizam objetivos, ou pode auxiliar no processo inverso, quer dizer, trabalhar a ansiedade de pessoas que querem muito algo que, na verdade, só acontecerá daqui a algum tempo. Além disso, essa tarefa é geralmente prazerosa de ser feita, o que pode contribuir para o emparelhamento de estímulos reforçadores com o comportamento de fazer tarefas e para o autoconhecimento do cliente.

4.9. Genograma

O genograma também é um instrumento bastante utilizado. Ele consiste em montar, junto com o cliente, sua árvore genealógica, como no exemplo a seguir:

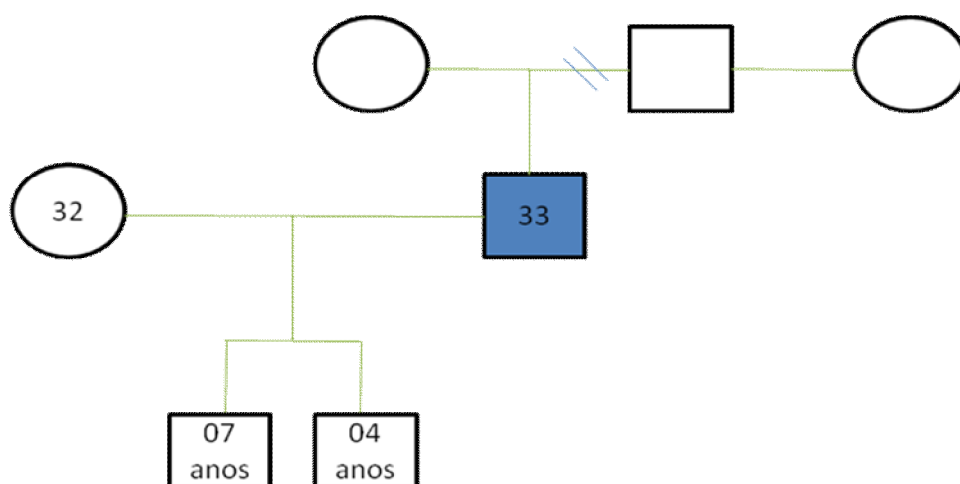


Figura 3. Genograma do cliente de 33 anos, com queixa de relacionamento familiar.

No entanto, o terapeuta pode usar sua criatividade para elaborar diversas variações em cima desse recurso. Um exemplo seria atribuir a cada integrante da família um animal e questionar a respeito das características de cada um. Outra possibilidade seria atribuir adjetivos às pessoas. Pode-se também questionar o paciente sobre as relações de cada um de seus familiares, por exemplo, com quem eles se relacionam melhor e se existe alguma relação conflituosa. O terapeuta pode desenhar setas de cada indivíduo para a pessoa que ele tem maior afinidade e puxar um traço em zigue-zague nas relações conflituosas. O que se observa, ao empregar esse procedimento, é que existe geralmente um integrante que recebe a maioria das setas de afinidade, sendo o centro das relações familiares. Pode-se observar também como é o relacionamento do cliente com sua família, quem não recebe nenhuma seta, etc. Ou seja, o genograma, além de ser uma excelente fonte de coleta de dados, é um instrumento que permite o acesso a amplos aspectos, possibilitando ao psicólogo trabalhar bastante a relação familiar do cliente.

4.10. Características da Minha Família

Esse exercício consiste em pedir para o cliente listar características de cada pessoa de sua família. A partir da descrição trazida pelo cliente, o terapeuta pode levantar padrões comportamentais, investigar relações familiares e trabalhar a aceitação de características que possam vir a incomodar.

4.11. Gavetas

O terapeuta pode se utilizar desse recurso com pacientes que possuam dificuldade de organização de pensamentos ou que não consigam manter o foco de uma análise, apresentando uma verbalização constante e desordenada. O recurso consiste em

desenhar õgavetasõ de cada aspecto da vida do cliente e pedir para que ele separe e organize a sua vida em suas respectivas gavetas. A partir daí, o psicólogo pode tentar direcionar um pouco mais o seu trabalho, deixando claro para o cliente que não ignorará os outros aspectos de sua vida, mas que tentarão focar suas análises, para que a terapia se torne mais produtiva.

4.12. Dificuldades Superadas

Este recurso consiste em pedir ao cliente que pense durante a semana e faça uma lista de quais foram, ao longo de sua vida, as dificuldades que ele conseguiu superar e as conquistas que ele alcançou, desde pequenas coisas como aprender a andar de bicicleta ou conquistar a garota do colegial. É um exercício que visa trabalhar a autoestima e promover uma auto-observação do cliente para os seus comportamentos que foram reforçados, no decorrer de sua história de vida.

4.13. õEu Quero!õ/õEstou Cansada!õ/õObrigada!õ

É um registro dessas três verbalizações do cliente que representam a expressão do seu querer e da sua vontade, o cliente conseguir dizer não às solicitações de outras pessoas e o cliente saber aceitar elogios, respectivamente. Pode ser utilizado com pessoas que demonstram padrões comportamentais de inassertividade, modelando essas respostas mais assertivas. Além disso, possibilita ao cliente discriminar em que contingências é mais fácil ou mais difícil para ele se colocar.

4.14. õMaria nas Diversas Faixas Etáriasõ

Esse recurso possui o objetivo de resgatar particularidades de cada indivíduo, em diferentes faixas etárias. Ou seja, você pede para que a pessoa diga como ela era em

etapas significantes de sua vida. Isso possibilita o acesso a importantes dados, como quando a pessoa era mais extrovertida ou mais tímida, e que contingências estavam presentes para que determinados comportamentos fossem mais prováveis. Assim, o terapeuta pode investigar as diversas variáveis envolvidas na emissão de diferentes respostas pelo cliente.

4.15. Argila

Esse recurso pode ser utilizado de várias formas, até mesmo em terapia de casal e familiar. Um dos meios de se aplicar a argila é pedir para que o paciente faça uma escultura que simbolize coisas aversivas em sua vida ó marcas, traumas, dificuldades ó, pedindo para que ele explique o porquê de sua escolha. Em seguida, pede-se para que ele destrua a escultura e, a partir da argila amassada, refaça uma escultura simbolizando seus desejos e as coisas boas de sua vida. Diante disto, o terapeuta pode fazer um discurso ressaltando a importância da maleabilidade e da flexibilidade em nossa vida, na qual, como com a argila, podemos transformar o que é ruim em coisas boas. Além disso, pode-se enfatizar o papel ativo do cliente, ou seja, ele é quem ãmoldaã a sua vida.

4.16. Carta

Para clientes que possuem muita dificuldade de se expressar verbalmente, pode ser funcional solicitar que escreva uma carta demonstrando seus sentimentos. Outra opção seria pedir para que ele escreva uma carta dizendo tudo o que gostaria de dizer para alguém, que não consegue dizer pessoalmente ó algo relacionado à queixa ou demanda da terapia, é claro. Essa carta poderá permitir ao psicólogo analisar vários aspectos. Mesmo que o paciente não consiga entregar a carta, fazê-la e lê-la já é

terapêutico, pois você coloca o indivíduo para ouvir a opinião dele através do outro (terapeuta).

4.17. Registros

Esses são sempre úteis. Pode-se pedir para o paciente registrar qualquer comportamento. O terapeuta pode usar sua criatividade e a demanda de cada situação para elaborar registros que sejam interessantes. Uma alternativa é fazer o levantamento da linha de base da emissão de respostas relacionadas à queixa, no início da terapia e, posteriormente, continuar acompanhando a alteração do quadro. Esse acompanhamento é importante para que o paciente, e até mesmo o psicólogo, visualizem a evolução do processo terapêutico ou não.

Uma situação em que os registros podem ser de grande importância é em casos de transtornos alimentares, pois o psicólogo pode se aproveitar desse recurso para verificar a evolução do cliente. Nobre, de-Farias e Ribeiro (2010) ilustram o bom exemplo de utilização de registros em um caso de bulimia. Além disso, diversos autores trazem registros em seus estudos de caso como, por exemplo, Abreu-Motta e cols. (2010).

4.18. Análises Funcionais

Esse é o recurso mais importante do analista do comportamento. É primordial que o cliente desenvolva a capacidade de realizar análises funcionais de seu comportamento, ao longo do processo terapêutico. Isso irá instrumentalizá-lo a alcançar maiores repertórios comportamentais para lidar com contingências em sua vida, de modo que possa receber alta do processo terapêutico. Solicitar ao cliente que faça, durante a semana, registros que possam identificar suas respostas e os

antecedentes e consequentes envolvidos nela pode auxiliar na coleta de dados, no processo de modelagem de comportamentos e pode permitir ao terapeuta o levantamento de comportamentos alternativos que tenham acesso às consequências positivas e não produzam as consequências negativas.

Enfim, como foi visto, existem diversas possibilidades de recursos terapêuticos e, cada um deles pode ser utilizado de diversas maneiras. Tudo depende da criatividade e da capacidade do terapeuta de elaborar algo que lhe forneça o que ele busca. Desse modo, há uma infinidade de recursos que podem ser aplicados, não se restringindo, é claro, aos citados aqui.

Considerações Finais

A presente monografia teve como objetivo analisar a funcionalidade dos recursos terapêuticos na prática clínica do analista do comportamento. Para tanto, procurou-se primeiramente, esclarecer o desenvolvimento da história da Análise do Comportamento e elucidar as características do Behaviorismo Radical.

Foi ressaltada a importância da relação terapêutica como um instrumento de intervenção no processo terapêutico. Diante disto, percebeu-se que o desenvolvimento de algumas habilidades por parte do terapeuta é imprescindível para a formação de um bom vínculo e para promover a exposição do cliente durante a terapia. Portanto, verificou-se a necessidade de aspectos como um bom domínio teórico, a capacidade de demonstrar empatia e um amplo repertório comportamental dentro da formação do analista do comportamento.

A partir disso, procurou-se auxiliar o trabalho do terapeuta, trazendo os recursos terapêuticos como alternativas de estratégias a serem utilizadas durante o processo psicoterápico. Foram aprofundadas questões como as funções dos recursos em diferentes etapas da terapia, podendo ser úteis durante a formação de vínculo com o cliente, na investigação da queixa, complementando a coleta de dados, ou mesmo na intervenção ou no processo de alta.

Em seguida, foram ilustrados alguns momentos em que a aplicação dos recursos podem auxiliar o terapeuta. Em contrapartida, viu-se que em outras situações a utilização dos recursos pode não ser adequada, trazendo possíveis intervenções para serem aplicadas nesses casos.

Por fim, o presente trabalho traz exemplos práticos de possíveis recursos a serem utilizados, a fim de elucidar ao leitor a funcionalidade da utilização dos mesmos no

dia-a-dia do analista do comportamento. Observou-se que cada recurso pode ser usado de diversas formas, e o terapeuta pode criar a partir de cada um deles, de acordo com sua demanda. É indispensável que o terapeuta reforce o comportamento do cliente de fazer a tarefa, mesmo que não a faça completamente ou bem feita. Isso irá lhe auxiliar na instalação do padrão comportamental de realizar tarefas, o que será muito útil ao longo do processo terapêutico.

É importante ressaltar que qualquer intervenção deve ser embasada em análises funcionais específicas do caso, levando em consideração as características pessoais e a história de vida de cada indivíduo. Sendo assim, não é objetivo desta monografia reduzir o trabalho do psicólogo ao tecnicismo focal. Procura-se aqui trazer alternativas com o intuito de auxiliar o psicólogo, ampliando seu repertório de atuação.

Sabe-se, entretanto, que a utilização de recursos envolve a emissão de regras por parte do terapeuta, e este tipo de procedimento envolve riscos, podendo as regras não serem seguidas pelos clientes ou mesmo trazer efeitos indesejáveis mesmo quando seguidas (Medeiros, 2010).

Contudo, o trabalho do psicólogo é extremamente solitário e muitas vezes ele se vê em situações onde não sabe como prosseguir ou o que fazer para promover a mudança do cliente. Os recursos podem, muitas vezes, auxiliar o terapeuta em momentos difíceis de seu trabalho. Porém, como dito anteriormente, a utilização dos mesmos, exige do terapeuta flexibilidade, criatividade e habilidade para elaborar formas de alcançar seus objetivos estratégicos, ao longo do processo terapêutico.

Permanece aqui a sugestão para a continuação da pesquisa e investigação do assunto, a fim de ampliar o conhecimento das reais vantagens e desvantagens da aplicação dos recursos terapêuticos. Além disso, a possibilidade de elaboração de

recursos é ampla, não se restringindo, é claro, aos recursos aqui citados. Desta maneira, espera-se que o conteúdo discutido possa contribuir para o enriquecimento acadêmico e profissional dos psicólogos interessados no tema, por ser um assunto de grande importância na prática clínica.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Motta, H. O., de-Farias, A. K. C. R., & Coelho, C. (2010). Habilidades Terapêuticas: É possível treiná-las? Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 49-65). Porto Alegre: Artmed.
- Assunção, A. B. M., & Vandenberghe, L. M. A. (2010). Rupturas no Relacionamento Terapêutico: Uma releitura analítico-funcional. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 215-230). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas Cognitivo-Comportamentais e Análise Funcional. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp.75-82). Santo André: ESETec.
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (1999). Uma Proposta de Análise da Modelagem de Repertório Clínico. Trabalho apresentado no Simpósio: *Metodologia para a Análise da Interação Terapêutica VI Latini Dies*, Rio de Janeiro.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari & E. Z. Tourinho, Trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Cameschi, C. E. & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências Aversivas e Comportamento Emocional. Em J. Abreu-Rodrigues, & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed.

- Chiesa, M. (1994/2006). *Behaviorismo Radical: A filosofia e a ciência* (C. E. Cameschi, Trad.). Brasília: IBAC, Cealeiro.
- Conte, F. C. de S., & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia Analítico-Funcional: A relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 133-147). Santo André: ESETec.
- Conte, F. C. de S., & Regra, J. A. G. (2000). A Psicoterapia Comportamental Infantil: Novos aspectos. Em E. F. de M. Silvaes (Org.), *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil* (pp. 79-136). Campinas: Papirus.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que a Análise Comportamental Clínica? Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- de Rose, J. C. C. (1997). O Relato Verbal Segundo a Perspectiva da Análise do Comportamento: Contribuições conceituais e experimentais. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos Teóricos, Metodológicos e de Formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp. 140-152). São Paulo: Arbytes.
- Del Prette, G., & Garcia, R. M. (2007). Técnicas Comportamentais: Possibilidades e vantagens no atendimento em ambiente extraconsultório. Em D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.), *A Clínica de Portas Abertas* (pp. 183-200). Santo André: ESETec.
- Delitti, M. (2003). Estratégias Auxiliares em Terapia Comportamental. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol.*

11. *A História e o Avanço, a Seleção por Consequências em Ação* (pp. 204-209). Santo André: ESETec.
- Delitti, M. (2005). A Relação Terapêutica na Terapia Comportamental. Em H. Guilhardi, & N. C. Aguierre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a Variabilidade* (pp. 360-369). Santo André: ESETec.
- Dreiblatt, Z. B. N. (1980). *Introdução à Prática Psicoterapêutica* (L. R. Marzagao, Trad.). São Paulo: EPU.
- Dutra, A. (2010). Esquiva Experiencial na Relação Terapêutica. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.
- Ferster, C. B., Culbertson, S. & Boren, M. C. P. (1922/1972). *Princípios do Comportamento* (M. I. R. e Silva, Trad.). São Paulo: Hucitec.
- Kerbaux, R. R. (1983). Terapia Comportamental Cognitiva: Mudanças em algumas técnicas. *Cadernos de Análise do Comportamento*, 4, 30-45.
- Kerbaux, R. R. (1997). Contribuição da Psicologia Comportamental para a Psicoterapia. Em M. Delitti (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol.2. A Prática Clínica do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 1-7). São Paulo: ARBytes.
- Kerbaux, R. R. (2000). O Relato de Emoção e o Fazer com Emoção. Em R. R. Kerbaux (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Conceitos, Pesquisa e Aplicação, a Ênfase no Ensinar, na Emoção e no Questionamento Clínico* (pp. 179-184). Santo André: Set.
- Kerbaux, R. R. (2002). Contribuição da FAP e Pontos a Esclarecer. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre*

- Comportamento e Cognição: Vol. 10. Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento* (pp. 281-283). Santo André: ARBytes.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (F. Comte, M. Delitti, M. Z. da S. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco & R. Starling, Trads.). Santo André: ESETec.
- Lettner, H. W. (1995). Avaliação Comportamental. Em B. Rangè (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Editora Psy.
- Marçal, J. V. de S. (2005). Refazendo a História de Vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a Variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, C. A. de (2010). Comportamento Governado por Regras na Clínica Comportamental: Algumas considerações. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 95-111). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. (2003). Análise Funcional do Comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. SantøAnna (Orgs.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp.75-91). Santo André: ESETec.

- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Rangè (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Millenson, J. R. (1967). *Princípios de Análise do Comportamento* (A. de A. Souza & D. de Rezende, Trads.). Brasília: Coordenadora ó Editora de Brasília.
- Moura, C. B. de, & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a Condução do Processo Terapêutico Comportamental com Crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VI, 17-30.
- Nobre, G. I. F, de-Farias, A. K. C. R., & Ribeiro, M. R. õPrefiro não Comer, a Começar e Não Parar!ö: Um estudo de caso de bulimia nervosa. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 273-294). Porto Alegre: Artmed.
- Novaki, P. C. (2003). Terapeutas Experientes e Iniciantes: O que a Literatura aponta sobre eles?. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A História e o Avanço, a Seleção por Conseqüências em Ação* (pp. 251-257). Santo André: ESETec.
- Novaki, P. C., & Meyer, S. B. (2002). *Relação entre Nível de Experiência de Terapeutas Comportamentais na Identificação de Intervenções Clínicas e o Efeito do Treino desta Identificação*. Trabalho Apresentado no Exame de Qualificação do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo ó USP, São Paulo.
- Regra, J. A. G. (2001). A Integração de Atividades Múltiplas Durante Atendimento Infantil, numa Análise Funcional do Comportamento. Em H. J. Guilhardi, M. B.

- B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a Variabilidade* (pp.373-385). Santo André: ESETec.
- Sanabio-Heck, E. T. & Motta, K. de G. S. (2005). Desamparo Aprendido. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 81-98). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, C. V. dos (2005). Momento Comportamental. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 63-80). Porto Alegre: Artmed.
- Shinohara, H. (2000). Relação Terapêutica: O que sabemos sobre ela? Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Conceitos, Pesquisa e Aplicação, a Ênfase no Ensinar, na Emoção e no Questionamento Clínico* (pp. 224-228). Santo André: Set.
- Silvares, E. F. de M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Silvares, E. F. de M. (2000). Avaliação e Intervenção Clínica Comportamental Infantil. Em E. F. de M. Silvares (Org.), *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil* (pp. 79-136). Campinas: Papyrus.
- Silveira, J. M. (2003). Pesquisa da Relação Terapêutica em Psicologia Clínica Comportamental. Em C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. SantoAnna (Orgs.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 139-148). Santo André: ESETec.
- Silveira, J. M., & Silvares, E. F. de M. (2003). Condução de Atividades Lúdicas no Contexto Terapêutico: Um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K.

- Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A História e o Avanço, a Seleção por Consequências em Ação* (pp. 272-281). Santo André: ESETec.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1984). *Contingências de Reforço*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.
- Thomaz, C. R. da C., & Nico, Y. C. (2007). Quando o Verbal é Insuficiente: Possibilidades e limites da atuação clínica dentro e fora do consultório. Em D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.), *A Clínica de Portas Abertas* (pp. 47-75). Santo André: ESETec.
- Tourinho, E. Z. (1999). Eventos Privados: O que, como e por que estudar. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade de aplicação* (pp. 13-22). Santo André: ESETec.
- Vermes, J. S., Zamignani, D. R., & Kovac, R. (2007). A Relação Terapêutica no Atendimento Clínico em Ambiente Extraconsultório. Em D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.), *A Clínica de Portas Abertas* (pp. 201-228). Santo André: ESETec.
- Zamignani, D. R. (2000). O Caso Clínico e a Pessoa do Terapeuta: Desafios a serem enfrentados. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Conceitos, Pesquisas e Aplicação. A Ênfase no Ensinar, na Emoção e no Questionamento Clínico* (pp. 229-238). Santo André: Set.

Zamignani, D. R. (2005). O Desenvolvimento de um Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapeuta-Cliente. *Projeto de Qualificação para o Doutorado*, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.