



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Relação terapêutica em clientes com demandas suicidas:
intervenções e desafios**

Karine Souza de Almeida

Brasília

Agosto de 2018



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Relação terapêutica em clientes com demandas suicidas: intervenções e desafios

Karine Souza de Almeida

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial da conclusão do Curso de Formação Avançada em Análise Comportamental Clínica. Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Oliveira.

Brasília

Agosto de 2018



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Karine Souza de Almeida

Título: Relação terapêutica em clientes com demandas suicidas: intervenções e desafios

Data da Avaliação: 24 de agosto de 2018

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana de Oliveira

Membro: Prof. Dr. André Luís Ferreira Moniz

Membro: Prof.^a Ms. Lorena Bezerra Nery

Brasília

Agosto de 2018

“Não se puxa o tapete sobre o qual nosso cliente caminha, ainda que o consideremos roto, imprestável. Melhor criarmos condições para que outros pisos pareçam, e sejam, para o cliente, algo mais atraente do que "ensaiar o morrer”” (Wielenska, 2001, p. 106).

Agradecimentos

Agradeço inicialmente à minha família pelo suporte afetivo para que eu concluísse mais um projeto de vida profissional.

À Professora Adriana de Oliveira, pela orientação acadêmica, orientação esta que iniciou na graduação e se perdura até o momento, é uma fonte constante de reforço.

Aos amigos queridos, sempre dispostos a ouvir sobre este projeto de forma reforçadora e motivadora.

Aos professores que tive e que me motivaram a escrever sobre o tema e a ampliar as minhas perspectivas.

A todos estes, os meus sinceros agradecimentos.

Sumário

Introdução.....	7
Relação terapêutica e análise do comportamento.....	9
Habilidades comportamentais do terapeuta.....	12
Suicídio para análise do comportamento.....	15
Aspectos mantedores do comportamento suicida.....	19
Relação terapêutica e clientes suicidas.....	21
Possíveis intervenções terapêuticas.....	25
Desafios.....	31
Considerações Finais.....	33
Referências Bibliográficas.....	40

Resumo

Este trabalho teve como objetivo discutir a relevância da relação terapêutica e as habilidades que o terapeuta deve ter na condução do processo psicoterapêutico, principalmente no que tange a temática de clientes que possuem comportamentos suicidas. Foi discutido o papel da relação terapêutica na intervenção com clientes com tal padrão comportamental e a importância que a relação terapeuta-cliente tem na promoção de mudanças no comportamento do cliente. Foram apresentadas algumas possíveis intervenções que podem ser realizadas na queixa do comportamento suicida, como uso de reforçamento diferencial, ferramentas da Psicoterapia Analítica Comportamental (FAP) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Pôde-se aferir que a relação terapêutica é um desafio para os terapeutas, pois estes possuem um papel fundamental em toda a condução do processo e pode ser determinante para a queixa apresentada pelo cliente.

Palavras-chave: relação terapêutica; suicídio; habilidades; intervenções.

Nos dias de hoje, a Análise Comportamental Clínica utiliza-se de diversos procedimentos terapêuticos, mas com atenção voltada principalmente para a relação que se estabelece entre o cliente e o terapeuta. A relação terapêutica é uma conexão entre terapeuta e cliente, é uma relação pautada na confiança e em uma audiência não punitiva. Sendo considerado um instrumento terapêutico em si mesmo (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010).

O uso de recursos terapêuticos é de grande relevância na prática clínica, há diversas técnicas que podem ser utilizadas e que estarão corretas para conduzir o processo, porém mesmo ao usar todas as técnicas indicadas como corretas no processo psicoterápico, ainda se percebe a necessidade de aprofundar a relação que é estabelecida, sendo assim, a relação terapêutica que é criada se faz imprescindível para o desenvolvimento da terapia. “A relação terapêutica, além de um lugar de colaboração, é um contexto favorecedor e propício para a aplicação de intervenções terapêuticas” (Braga & Vandenberghe, 2006, p.313).

A relação terapêutica é considerada como fator relevante para o êxito no processo psicoterapêutico, possui papel importante para adesão do cliente ao tratamento e assim promover a mudança de comportamento. O relato da queixa é o ponto inicial para a compreensão dos problemas do cliente, o papel do terapeuta é favorecer que o cliente permaneça em tratamento e entre em contato com sua demanda e consiga redução do sofrimento que o motivou a procurar ajuda (Wielenska, 2012). Esta relação promove melhor engajamento do indivíduo ao longo do processo, pois esse vínculo pressupõe uma relação de intimidade e favorece que o cliente relate sobre suas queixas de forma genuína, obtendo desta relação melhores resultados (Marmo, 2012).

O cliente ao iniciar a terapia frequentemente terá como objetivo sua mudança comportamental. O cliente é visto como produto e produtor das contingências às quais está exposto (ou nas quais age), o que lhe imputa um papel ativo na terapia (de-Farias, 2010). Em muitos casos os comportamentos que o cliente traz para a terapia são oriundos de uma sociedade que exerce controle aversivo, desta forma, o terapeuta deve ter posicionamento diferente (Vandenberghe & Borges, 2005). Este posicionamento consiste em colocar o terapeuta em uma posição contrária aos demais membros da sociedade que o cliente tenha experimentado, pois a psicoterapia é uma agência de controle especial (Skinner, 1953). Desta forma, a relação terapêutica se faz relevante para a mudança comportamental do cliente, o terapeuta deve ter uma escuta diferente das pessoas que estão à volta do mesmo. A escuta por

parte do terapeuta é de grande relevância, esta não deve ser apresentada de forma punitiva, deve permitir que o cliente expresse de forma genuína seus relatos (Skinner, 1953).

Alguns fatores da relação terapêutica contribuem para que inicie este processo de mudança. Dentre muitos aspectos, destaca-se a audiência não punitiva, que pode ser conceituada como a não emissão de consequências aversivas às verbalizações do cliente (Medeiros, 2002). “À medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não punitiva, comportamentos que até então foram punidos começam a ter uma chance. Como efeito colateral deste processo, alguns resultados da punição como culpa, depressão, angústia ou rigidez podem desaparecer”. (Vandenberghe & Borges, 2005, p.131).

A relação terapêutica é fundamental para o engajamento dos clientes na terapia, mesmo com clientes que apresentem perfis comportamentais de grande risco, como o cliente que apresenta queixa suicida. Nesse caso, será uma exigência ainda mais relevante a efetividade na relação terapêutica e a necessidade da audiência não punitiva. Como citado anteriormente, a sociedade exerce um papel aversivo, de modo que pode vir a propiciar comportamentos suicidas. Segundo Brandão (1999), o suicida não só tenta inutilmente livrar-se de seus sentimentos dolorosos (esquiva emocional), como também não consegue obter reforçadores por meio de outros comportamentos, desta forma, sistemas coercitivos produzem respostas de fuga e esquiva que se tornam disfuncionais, ou seja, comportamentos que trazem prejuízos ao repertório cliente, que produzem mais consequências punitivas e/ou aversivas do que reforçadoras.

Clientes que apresentam queixas suicidas estão em constante contato com eventos aversivos e com histórico de punição, a audiência não punitiva está como fator principal para a construção da relação terapêutica e conseqüentemente à mudança de comportamentos.

O presente estudo tem como objetivo discutir a relevância da relação terapêutica e as habilidades que o terapeuta deve ter na condução do processo psicoterapêutico, abordando a temática de clientes que possuem demandas suicidas e qual o papel da relação terapêutica nesta queixa. Outro objetivo do trabalho é sobre a relevância da audiência não punitiva e reforçamento diferencial de outros comportamentos como fatores presentes neste contexto. O propósito do estudo é apresentar a importância que a relação terapêutica tem na promoção de mudanças no comportamento do indivíduo, em especial os que apresentam queixas suicidas.

Consiste também em apresentar outras possíveis intervenções que podem ser realizadas com esta queixa. O que mais pode ser realizado como técnica e recurso para ajudar na promoção de mudanças comportamentais dos clientes que possuem esta demanda. A

escolha sobre este tema partiu da análise sobre como a relação terapêutica é um desafio para os terapeutas, pois esta possui papel fundamental em toda a condução do processo, pode ser determinante para a queixa apresentada pelo cliente.

O estudo deste tema corrobora a importância que os analíticos comportamentais passaram a dar sobre à relação terapêutica, uma vez que os comportamentais foram taxados em alguns momentos por não colocar a relação terapeuta-cliente como relevante no processo psicoterapêutico. A demanda suicida foi escolhida por ser desafiadora nos consultórios e exige fortemente a relação terapêutica como recurso condutor da terapia. Uma vez que para a execução de outros instrumentos que reduzam o comportamento suicida, a relação terapeuta-cliente deve estar consolidada para ampliar a variabilidade comportamental deste cliente. A partir do momento que o cliente percebe o ambiente terapêutico como seguro e o terapeuta como alguém que o apoia e o cuida, inicia o processo de revelar informações, pois confia no profissional. Desta forma, o terapeuta é capaz de modelar um novo repertório comportamental no indivíduo, conseguindo um dos principais objetivos da terapia, que é promover mudanças no repertório do cliente (Rosenfarb, 1992; Delitti, 2005 apud Peron & Lubi, 2012).

Relação terapêutica e análise do comportamento

O objetivo primordial da prática terapêutica comportamentalista é o de promover a melhoria da qualidade de vida do cliente. Para se atingir esta meta, a análise funcional de contingências e as técnicas de modificação do comportamento são os principais instrumentos a serem utilizados pelo terapeuta comportamental (Lima, 2007). Contudo, não são somente estes elementos que compõem o processo terapêutico, a relação terapêutica pode ser uma aliada relevante nesse processo, no sentido de possibilitar a diminuição do sofrimento do cliente e o engajamento do mesmo na psicoterapia.

Segundo Rangé (2001, apud Lima, 2007), o vínculo desenvolvido entre o profissional e o cliente é extremamente importante para o processo terapêutico, quanto mais rápido esse vínculo for construído, mais rápido os sintomas aversivos da relação diminuirão. E desta forma, o cliente passa a trazer mais conteúdos na terapia e conseqüentemente se abre a outros recursos terapêuticos que poderão ser utilizados no processo.

Abordagens de vieses comportamentais desconsideraram por muito tempo a relevância da relação terapêutica como fator primordial na área clínica. Ferster (1972, apud Alves & Isidro-Marinho, 2010) é o primeiro autor de cunho analítico-comportamental a chamar atenção para a importância da relação terapêutica como instrumento de mudança. Outras abordagens (humanistas e psicodinâmicas) exploravam de forma considerável a relação

terapêutica (Alves & Isidro-Marinho, 2010). A relevância da relação terapêutica como variável determinante para o processo psicoterápico é algo recente para os terapeutas comportamentais (Lima, 2007), que por alguns momentos, se ausentaram em enfatizar a importância da relação terapêutica.

A relação terapêutica é um recurso que o terapeuta analítico-comportamental deve possuir, segundo Lima (2007) alguns autores (Ferster, Wienleska, Delitti, Kohlenberg, Tsai etc.), em especial os terapeutas comportamentais, vêm desenvolvendo trabalhos que, de acordo com as propostas do Behaviorismo Radical, valorizam a relação terapêutica como estratégia de mudança.

A relação terapeuta-cliente faz com que possa emergir comportamentos do dia a dia do cliente em sessão, “sendo a relação terapêutica utilizada para reelaborar e aperfeiçoar as formas de interação empregadas pelos clientes em seu convívio social, principalmente com pessoas significativas” (Alves & Isidro-Marinho, 2010, p.66). Um relação terapeuta-cliente eficaz evoca a emissão de comportamentos do cliente que ocorrem no ambiente natural em sessão. Os ganhos que a relação terapêutica traz é um ponto que todos os analíticos comportamentais reconhecem atualmente, os resultados obtidos da terapia analítico-comportamental dependem intrinsecamente da relação que se estabelece entre um cliente e seu terapeuta (Wienleska, 2012).

O uso de qualquer recurso terapêutico será eficaz somente quando o terapeuta estabelecer uma atmosfera de confiança, mostrando que compreende e aceita o cliente, que os dois estão trabalhando (Lima, 2007). Segundo Wienleska (2012), “trata-se de estabelecer um relacionamento de escuta não punitiva, que permite a livre expressão do cliente, o relato isento de censura de aspectos clinicamente relevantes” (p.160). Os terapeutas em sua maioria consideram a relação terapêutica como determinante para o êxito do processo psicoterapêutico, onde se deve estabelecer um clima de confiança, a relação terapêutica é um instrumento terapêutico em si (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010). Para Skinner (1953) audiência não punitiva pode ser denominada quando terapeuta compreende os comportamentos do cliente sem julgá-lo, o que torna a relação terapêutica íntima.

No estudo sobre relação terapêutica, se faz relevante discorrer sobre a Functional Analytic Psychotherapy (FAP), desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1987). Esta se constitui como uma proposta sistematizada do ponto de vista teórico e prático para análise da relação terapêutica, esta proposta tornou-se um dos marcadores da Análise Clínica do Comportamento. Essa abordagem supõe que o problema do cliente trazido para a terapia irá

aparecer na relação terapêutica, podendo assim trabalhar os comportamentos enquanto acontecem nas sessões (Braga & Vandenberghe, 2006).

Há um ponto da FAP que deve ser discutido brevemente, os Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs). Estes podem ser definidos da seguinte forma:

A FAP classifica os comportamentos, relacionados com problemas do cotidiano, que aconteçam na relação com o terapeuta, como CCRs (Comportamentos Clinicamente Relevantes). CCR1 é um comportamento que pertence à mesma classe funcional como comportamentos que, quando emitidos no cotidiano fora da relação terapêutica, fazem parte do problema para o qual o cliente procura terapia. CCR2 é uma melhora do cliente, que ocorre na sessão. Se ele emite comportamentos funcionalmente similares nas situações problemáticas do cotidiano, os problemas dele melhorariam. CCR3 é a interpretação que o cliente dá às suas ações e reações. (Vandenberghe & Borges, 2005, p.129/130).

Desta forma, a visão analítica-funcional propõe que as pessoas se comportam devido às contingências de reforçamento presentes nas suas vidas, de acordo com sua história de aprendizagem, e a terapia prossegue de acordo com o mesmo princípio. A interação terapêutica é curativa quando enfraquece os CCRs 1, fortalece os CCRs 2 e modifica os CCRs 3 para se tornar mais construtivas, de acordo com a FAP (Vandenberghe & Borges, 2005).

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2001, apud Braga & Vandenberghe, 2006) a FAP utiliza o setting terapêutico para promover uma relação íntima de intensa troca e envolvimento. O terapeuta pode construir um clima de confiança, respeito e honestidade em que a revelação de sentimentos por parte do terapeuta pode abrir caminhos para o cliente. O papel do terapeuta é bloquear a esquiva, até que essas respostas diminuam em intensidade, se o cliente tolerar e tentar entender suas reações emocionais em vez de esquivar-se delas, é possível promover o desenvolvimento de outros repertórios.

A relação terapêutica é uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente. Nela, a pessoa que buscou ajuda é privilegiada pelo trabalho de um profissional capacitado a utilizar técnicas e procedimentos específicos, ao mesmo tempo em que lança mão de habilidades sociais importantes como a empatia (Meyer & Vermes, 2001, p.6).

Sendo a relação terapêutica uma relação mútua, a relação terapeuta-cliente pode ser considerada como uma contingência de determinação recíproca, a atenção do terapeuta deverá também estar dirigida aos seus próprios sentimentos, ou seja, aos sentimentos que o cliente provoca nele. Os sentimentos do terapeuta em relação ao cliente no contexto psicoterapêutico

dão pistas para compreender as contingências que atuam na relação (Braga & Vandenberghe, 2006).

Para Kohlenberg e Tsai (2001, apud Braga & Vandenberghe, 2006) na FAP a análise funcional das emoções evocadas pelo comportamento do cliente é uma das principais estratégias para ter acesso às contingências relevantes da sua história de vida e pode ajudar diretamente na conscientização do cliente sobre o impacto que seus comportamentos têm sobre as pessoas com quem interage. Os respondentes dos clientes (acessíveis ao terapeuta) como rubor, contrações musculares, podem de algum modo exercer controle sobre emoções e decisões do profissional (Wienlenska, 2012).

O terapeuta deve treinar-se para analisar os aspectos do relacionamento terapêutico, reconhecendo seus mecanismos de funcionamento e seus múltiplos efeitos sobre o cliente, ampliando a chance de sucesso na terapia (Wienlenska, 2012). A relação terapêutica funciona de forma mútua, onde um comportamento possui influência sobre o outro, e os envolvidos (terapeuta e cliente) são mutuamente influenciados. Visa que o cliente desenvolva novos repertórios e promova seu bem estar, e o terapeuta desenvolva suas habilidades como clínico.

Sendo assim, “percebe-se que uma relação terapêutica duradoura é aquela embasada num sólido vínculo terapeuta-cliente, vínculo que se torna estímulo reforçador para que o cliente progrida e seja perseverante nas tarefas comportamentais propostas pelo terapeuta” (Delitti, 2005, p.360).

Habilidades comportamentais do terapeuta

Quais as habilidades terapêuticas o terapeuta deve possuir? É viável treiná-las? Estas são questões que permeiam a prática clínica, o que se sabe é que o terapeuta deve possuir em seu repertório certas habilidades terapêuticas.

Antes de iniciar a discussão sobre as habilidades do terapeuta, o primeiro ponto que necessita ser esclarecido é com relação ao que definiria um terapeuta comportamental (Bitondi & Setem, 2007). Segundo Rangé (1998, apud Bitondi & Setem, 2007) no decorrer de alguns anos, o terapeuta comportamental foi definido como sendo o profissional que utilizava as técnicas comportamentais. Este critério é pouco descritivo, uma vez que a prática deste profissional não se restringe somente ao uso de técnicas, e porque outros terapeutas também lançam mão destas técnicas, principalmente, por serem tão bem descritas. É relevante retomar o objetivo da própria terapia em si, o objetivo da Terapia Comportamental pode ser descrito da seguinte forma:

“É o de promover a mudança de certas contingências que estejam causando sofrimento ao cliente e proporcionar o desenvolvimento de

um repertório comportamental, que permita ao indivíduo ter um maior conhecimento acerca de seu próprio comportamento e controle deste, aumentando assim, a qualidade de vida do cliente” (Bitondi & Setem, 2007, p.204).

O objetivo do terapeuta é o de controlar as contingências da sessão, e assim proporcionar a aquisição dos comportamentos que seu cliente necessita, estes comportamentos devem estar embasados em uma análise funcional cuidadosamente realizada. A função do terapeuta é de ensinar o cliente a identificar e manipular as variáveis que controlam seu comportamento, ou seja, promover o autoconhecimento e autocontrole em seu cliente (Villani, 2002, apud Bitondi & Setem, 2007).

Além do uso de técnicas e de uma boa relação terapêutica, o terapeuta deve prover de outras habilidades, tais como empatia, autenticidade e aceitação (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010). Para Meyer e Vermes (2001, apud Moreira, 2003) as qualidades necessárias ao terapeuta são: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança e flexibilidade na aplicação de técnicas. Operacionalizando estes comportamentos, o terapeuta deve cooperar para que o cliente fale sobre assuntos difíceis, para os quais houve punição ou indício de punição ao longo de sua história de aprendizagem, abordando estes temas sem julgamentos ou críticas e validando de forma física (olhares, postura corporal etc.) (Colombini & Pergher, 2009). Para Seligman (1998, apud Meyer, 2001) ao invés de apenas aplicar técnicas para eliminar problemas, uma estratégia comum entre quase todos os terapeutas competentes é ajudar seus clientes a construir um amplo repertório comportamental. Este deve ser constituído de coragem, habilidade interpessoal, racionalidade, discernimento, otimismo, honestidade, perseverança, realismo, capacidade para o prazer, habilidade para colocar problemas em perspectivas, orientação para o futuro e construção de valores. Construção de valores é um conceito utilizado por Hayes na proposta da ACT, “em síntese, para a ACT, os valores são escolhas, qualidades da ação e direções de vida” (Zilio, p.161).

O terapeuta deve possuir boa formação conceitual da abordagem que escolheu seguir, se for comportamental deve compreender com clareza conceitos como aprendizagem clássica e operante, saber identificar as técnicas e usá-las, e fundamentalmente, analisar funcionalmente todo o processo psicoterapêutico (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010). Avaliação funcional é a identificação das relações de dependência entre as respostas de um organismo, o contexto em que ocorrem (condições antecedentes), seus efeitos no mundo (eventos consequentes) e as operações motivadoras em vigor, ou seja, permite uma

compreensão do caso e que norteia a tomada de decisões clínicas (Leonardi, Borges & Cassas, 2012).

Para Bitondi e Setem (2007) a formação é de extrema relevância para as habilidades de um terapeuta, de modo que se deve ter a uma formação sólida em Behaviorismo Radical, Análise Experimental do Comportamento e Análise Aplicada do Comportamento, sendo que o conceito da análise funcional é o mais enfatizado, somado à habilidade de aplicá-lo como técnica. O conceito de análise funcional é tão ressaltado pelo fato de que é através da análise funcional o terapeuta poderá descrever em termos funcionais os comportamentos do cliente, detalhando topografia, frequência, local e função destes comportamentos.

Deste modo, pode-se concluir que a avaliação funcional é um instrumento de grande relevância para o terapeuta analítico-comportamental. O terapeuta compreende os comportamentos alvos sem emitir julgamentos de valor e sem recorrer a explicações metafísicas, pois aqueles comportamentos foram selecionados na história de vida do cliente (Leonardi, Borges & Cassas, 2012).

O conhecimento sobre análise funcional é de grande relevância, mas há outros aspectos relevantes no processo, tais como observar o cliente e se auto-observar, isto envolve desde a postura corporal, tom de voz, humor, as palavras usadas e seus efeitos no cliente e vice-versa. Aprender a não punir as verbalizações do cliente, principalmente nas primeiras sessões, ainda mais se o cliente tiver uma história de viver um ambiente muito punitivo. Diretividade, esclarecer o papel da terapia e desenvolver repertório afetivo são outros pontos que devem ser aprimorados (Bitondi & Setem, 2007).

Para Banaco (1993, apud Vandenberghe & Borges, 2005) aponta que uma boa relação terapêutica tem sido atribuída a características e habilidades pessoais do terapeuta. Este deve estar atento tanto aos seus próprios comportamentos privados (emoções e pensamentos), quanto aos comportamentos do cliente que os eliciam/evocam, para assim poder realizar uma análise funcional do que está acontecendo na sessão.

O terapeuta deve estar atento também ao comportamento verbal do cliente que ocorre no processo. De acordo com Hamilton (1988, apud Medeiros, 2002) uma vez que as interações dentro da clínica são predominantemente verbais, é essencial que se analise o comportamento verbal na clínica comportamental.

O terapeuta deve se atentar a dois conceitos que surgem do comportamento verbal: audiência e audiência não punitiva. Para Skinner (1957/1978, apud Medeiros, 2002) a audiência diz respeito aos estímulos discriminativos que controlam a emissão do

comportamento verbal, pois sinaliza a disponibilidade do reforço provido pelo ouvinte. A audiência controla o repertório comportamental a ser utilizado, o conceito de audiência é muito importante para o terapeuta estabelecer o vínculo e para substituir histórias de controle aversivo (Medeiros, 2002). É de grande importância considerar o cliente enquanto audiência, este representa uma audiência para o comportamento verbal do terapeuta, onde o profissional deve ser sensível ao cliente enquanto audiência, adaptando o seu repertório verbal ao do cliente e selecionando temas que sejam pertinentes à sua realidade (Medeiros, 2002).

O terapeuta também deve exercer a chamada audiência não punitiva, que é essencial para a mudança terapêutica. A escuta não punitiva é uma escuta diferente, que envolve observação atenta ao que o cliente diz, como expressão de respeito e compreensão ao que é dito (Santos, Santos & Marchezini-Cunha, 2012).

A audiência não punitiva pode promover: fortalecimento do vínculo entre cliente e clínico; trazer alívio de sofrimento, ao se sentir acolhido; promover autoconhecimento, ao atentar para as respostas que dá as questões feitas pelo clínico; e engajamento no trabalho, em decorrência de todos os fatores acima (Santos, Santos & Marchezini-Cunha, 2012, p.139).

Ao não punir o comportamento verbal do cliente, o terapeuta estará modificando a sua própria função enquanto estímulo. O cliente confiará no terapeuta ao discriminar que este não punirá o seu relato, aumentando a probabilidade de que ele compartilhe com o terapeuta assuntos que não diria nem para si mesmo enquanto ouvinte (Medeiros, 2002).

Skinner (1953) apontou a audiência não punitiva como uma das principais técnicas terapêuticas, o terapeuta precisa fornecer uma escuta diferenciada na qual não desaprove nem critique nenhum dos comportamentos emitidos ou relatados pelo cliente, o terapeuta precisa evitar ao máximo o uso da punição. “A longo prazo a punição, ao contrário do reforço, funciona com desvantagem tanto para o organismo punido quanto para a agência punidora. Os estímulos aversivos necessários geram emoções, incluindo predisposições para fugir ou retrucar, e ansiedades perturbadoras” (Skinner, 1953).

Suicídio para análise do comportamento

O suicídio é um tema que traz grandes desafios no consultório, o terapeuta se depara com um padrão comportamental altamente lesivo e que requer uma série de recursos para que o cliente não execute uma ação suicida. O suicídio pode ser entendido de maneira diferenciada conforme as culturas, onde pensadores, religiosos e cientistas podem compreender das mais variadas formas, já que pode ser considerado como um ato de coragem e nobreza, sendo exaltado e reforçado socialmente ou como um ato de covardia e repulsa,

punido e desencorajado por instituições sociais. O suicídio pode ser considerado um problema de saúde pública mundial, pois é um fenômeno complexo multicausal, envolvendo diversas variáveis psicológicas, sociais e neurobiológicas (Baptista, Rigotto & Calais, 2005).

Botega e Werlang (2004) definem o suicídio como uma ação “(...) em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que determinaria sua morte.” (p.21). Para Greenberger (1992/1998 apud Nóbrega & Bueno, 2014), a morte está correlacionada à única alternativa para enfrentar a dor psicológica. É analisada como uma forma de fuga da situação que julga não ter solução e, conseqüentemente, alívio à dor experimentada. Botega e Werlang (2004) ressaltam que a escolha para o suicídio é multifatorial, ou seja, compreende diversos eventos que compõem a vida da pessoa.

Os mecanismos de filogênese e ontogênese selecionaram a capacidade de se reagir a eventos positivamente reforçadores, providos pelo meio físico e social. Um evento tem função positivamente reforçadora observando seu efeito de aumento de probabilidade futura de respostas que o antecedem. A aversividade em abundância e/ou escassez de reforçadores positivos formam uma dupla perigosa, considerando-se os efeitos comportamentais que induzem nas pessoas submetidas a contingências severas (Wielenska, 2001).

Para os terapeutas analíticos comportamentais há uma análise diferente dos fatores que podem levar ao suicídio. O primeiro aspecto do problema que pode ser levantado é que existe uma razoável interação entre topografia e função do comportamento, pode-se considerar que a mesma topografia pode ter várias funções.

“No caso especificamente do suicídio, nem sempre a resposta suicida tem a função de tirar a vida de quem a comete, mas a de ser apenas uma "tentativa", no sentido de "chamar a atenção". Por outro lado, várias topografias de respostas podem ter a mesma função (o que seria chamado de "classe de respostas"), o que, no caso do suicídio, dificultaria ainda mais identificar se uma dada resposta é uma tentativa "real" ou não de suicidar-se” (Banaco, 2001, p.211).

O suicídio é um fenômeno multifacetado e com inúmeras interpretações (Banaco, 2001). Para Sidman (1989) o suicídio pode ser uma resposta de esquiva ou fuga de situações aversivas. Hayes et al. (1999, apud Banaco, 2001) fazem outra análise sobre o suicídio, sugerem fortemente que o suicídio ocorre mesmo quando a ação de retirada da própria vida produz exposição a eventos aversivos antes de a morte ocorrer, o controle sobre o suicídio é verbal.

Para a Análise do Comportamento, há diversos arranjos de fatores determinantes do suicídio e seus correlatos. Para Wielenska (2001), pode ser conceituada da seguinte forma:

“Por exemplo, há casos nos quais a tentativa fracassada de suicídio resultou na redução concreta da aversividade e no provável aumento de reforçadores positivos contingentes à tentativa. Por vezes, agir deste modo pode se tornar o padrão predominante de interação entre o cliente e os que o cercam. Um segundo arranjo envolve pessoas que escolhem formas bastante poderosas de auto-eliminação, e que ativamente buscam dissimular seus intentos, principalmente de quem poderia se opor vigorosamente ao ato suicida, impedindo ou dificultando à tentativa. Há também pessoas que objetivam dar cabo de suas vidas, mas preferem ou precisam esconder a natureza de seu ato. Neste caso estão pais que evitam ensinar aos filhos que matar-se é a solução para os problemas, pessoas que fizeram seguro de vida para garantir o bem estar material de seus entes queridos (somente mortes naturais ou causadas por terceiros são cobertas pela apólice) e também indivíduos que adotam o suicídio disfarçado para evitar que familiares ou amigos pensem que o suicida pouco se importava com eles e escolheu o afastamento eterno. Num quarto agrupamento de fatores, situam-se pessoas que sobreviveram às tentativas de efetiva ruptura com a vida e precisaram se deparar com consequências ainda mais aversivas, como sequelas físicas (por exemplo, a ingestão de substâncias corrosivas traz o risco de erosões definitivas na mucosa do aparelho digestivo, levando a engasgos frequentes, acúmulo de partículas nas vias respiratórias, pneumonias de repetição, etc.), descenso econômico (profissionais liberais não interrompem sua vida profissional impunemente: diárias de leitos hospitalares, em hospitais gerais ou psiquiátricos, dilapidam qualquer patrimônio e não são cobertas por seguros-saúde ou convênios), censura ou abandono por parte de amigos e familiares (irritados, cansados e feridos, desistem de prover apoio e cuidados), etc.” (Wielenska, 2001, p.107).

Há uma gama de arranjos possíveis e infundáveis para o suicídio, a análise destes fatores será possível através da realização da análise funcional do comportamento e da possibilidade de integrar esta análise à compreensão dos fatores biológicos (Wielenska, 2001). Meyer (2001, apud Ribeiro, 2006) afirma que a análise funcional é a ferramenta que auxilia o terapeuta a identificar contingências que operam no presente e interferem nas que provavelmente operaram anteriormente, pode propor, criar ou estabelecer relações destas contingências para desenvolver ou instalar comportamentos, alterar padrões, reduzir, enfraquecer ou eliminar comportamentos do repertório do indivíduo.

A realização da análise funcional leva a uma percepção mais concreta sobre as funções do comportamento suicida. Para Banaco (2001) há várias funções da resposta suicida, da mais

leve a aquela que efetivamente chega a ocasionar a morte do indivíduo, e podem ser divididas em quatro classes.

A primeira delas é a simulação do suicídio, onde a resposta ocorre, mas não há risco de morte do indivíduo que a emite. Possíveis contingências que poderiam levar a essa classe de respostas seriam busca de afeto (reforçamento social), ou como esquiva de possíveis punições (Banaco, 2001).

A segunda, um pouco mais grave, é aquela na qual a pessoa tem ideação suicida, ou seja, passa alguma parte do tempo da sua vida imaginando ou desejando sua própria morte, eventualmente até planejando como isso poderia acontecer. Em alguns casos este tipo de resposta é encontrado com certa correlação em indivíduos com diagnósticos de transtornos mentais, tais como depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e de outras drogas, esquizofrenia, transtornos da personalidade (Botega, 2015).

A terceira função poderia ser encontrada em respostas de indivíduos que colocam em risco sua própria vida, estes indivíduos podem ser classificados como tendo uma “tendência” suicida, e muitas vezes podem passar despercebidos como suicidas, ou até mesmo serem valorizados pelas respostas que emitem. Nesses casos, podem-se listar os praticantes de esportes denominados como radicais, onde a menor falha na habilidade levará à fatalidade, pessoas que se envolvem constantemente em episódios de brigas e violência, aqueles que abusam de substâncias químicas e os que se engajam em comportamento sexual de risco. Estes comportamentos podem ocorrer porque, além de terem baixa probabilidade de gerar punição imediatamente, levam muitas vezes a reforçamento e a uma descrição de terem habilidade/capacidade de enfrentar situações de risco. Caso a morte aconteça, o ato será visto como involuntário. Comportamentos listados nesta terceira função em algum grau produzem reforçamento social por admiração do indivíduo devido a sua coragem (Banaco, 2001).

A quarta categoria seria a tentativa de suicídio, uma questão relevante dessa categoria é a de que o ambiente responde gradativamente com exigência maior da intensidade da resposta de tentativa de suicídio para apresentar o mesmo efeito, e isto claramente acabará levando à resposta final. A análise desta situação é complexa e conflituosa, já que as consequências possíveis para a tentativa de suicídio seriam: simpatia (que pode reforçar a resposta) ou o desprezo (o que aumentaria a aversividade da situação e produziria nova resposta). Em ambos os casos, haveria uma maior probabilidade de a resposta ocorrer, e a alternativa seria retirar a aversividade do ambiente e apresentar reforçadores positivos a

respostas gradativamente incompatíveis à tentativa de suicídio (respostas verbais) (Banaco, 2001).

Para Sidman (1989), o suicídio só pode ser praticado uma vez, não sendo, portanto, passível de ser explicado por história de reforçamento para esse ato. A resposta suicida pode ser a fuga última de uma vida dominada por reforçamento negativo e punição. O autor descreve como possíveis causas do suicídio uma inabilidade do indivíduo para satisfazer as demandas sociais (família, amigos e comunidade) e a culpa por não ser digno dessas relações, sinaliza ainda que em algumas situações o suicídio pode ser a fuga impossibilitada e desesperada de violência física e humilhações. Discorrendo ainda sobre esta perspectiva, possíveis causas do suicídio podem estar ligadas à perda de fontes de reforçadores poderosos, tais como a morte de uma pessoa significativa (Banaco, 2001).

Por fim, o referencial teórico em estudo, descreve que a tentativa de suicídio pode ser definida como todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo emitindo uma resposta que pode ser de esquiva ou fuga de situações aversivas. Pode-se considerar que o suicídio está sobre controle verbal, uma vez que comunidades verbais formulam consequências verbais de sua própria morte (Ribeiro, 2006).

Aspectos mantedores do comportamento suicida

O comportamento suicida possui diversos fatores de riscos que fazem com que este comportamento se mantenha por algum período. Para Baptista, Rigotta & Calais (2005) há fatores de risco relacionados às questões genéticas e biológicas, sociais e culturais e individuais ou psicológicas. Baptista (2004, apud Baptista, Rigotta & Calais, 2005) aponta alguns fatores de risco para tentativa e suicídio, tais como: episódios de depressão passados e presentes; sensação de abandono; isolamento social; falta de suporte familiar; desesperança; transtornos psiquiátricos comórbidos; uso de álcool e drogas; eventos negativos de vida; migração; luto; dor física crônica; quebra ou perda de relacionamentos/pessoas significativas, gênero masculino; estado civil (separado, divorciado); dificuldades escolares e profissionais, dentre outras.

Estes são fatores que são recorrentes nas tentativas de suicídio, mas quando se fala em suicídio e fatores de risco, é mais apropriado não se falar em causalidade, mas sim de aumento de probabilidade do suicídio, uma vez que geralmente o aumento de chance de suicídio é diretamente proporcional ao aumento do agrupamento de diversos fatores de risco (Baptista, Rigotta & Calais, 2005).

Em outra linha, para Malone et al. e Callahan (2000, apud Baptista, Rigotta & Calais, 2005) descrevem alguns fatores protetivos para os atos suicidas, entre eles estão expressar mais sentimentos de responsabilidade para com a família, possuir valores de desaprovação social para com o ato suicida ou ter maiores objeções morais contra o suicídio, ter maior capacidade de enfrentamento de problemas, e suporte familiar e social.

“O sentimento de “pertencer”, no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições protegem o indivíduo do suicídio. Percebe-se nesse sentido a estreita ligação do fenômeno suicídio com sentimentos de solidão e desesperança.” (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006, p.201).

A prevenção do comportamento suicida se faz por meio do reforço dos fatores ditos protetores e diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como coletivo (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006). O comportamento suicida possui um conjunto de fatores (biológicos, sociais, econômicos, psicológicos) e dependendo do contexto onde o suicida está inserido, o ato pode ser compreendido não somente como um fator patológico, mas sim como uma necessidade do indivíduo de se esquivar de ambientes altamente coercitivos (Baptista, Rigotta & Calais, 2005).

Outro aspecto mantedor do suicídio está no contexto dos eventos aversivos. Hayes et al. (1999 apud Banaco, 2001) propõem fortemente que o suicídio ocorre quando a ação de retirada da própria vida produz exposição a eventos aversivos antes de a morte ocorrer, interpretam que o suicídio seria verbal, desta forma justificam sua interpretação pelo fato de que pessoas verbais podem formular consequências de sua própria morte. A frase "Se eu estiver morto" pode ser completada com: "terminará meu sofrimento"; "os outros vão perceber o quanto erraram comigo"; "vou para um mundo melhor que este"; "o seguro de vida será pago para as crianças"; "irei para o céu".

Ainda de acordo com Hayes et al. (1999), propõem que eventos verbais tais como “céu”, “sofrimento”, entre outros, têm funções via sua participação com estruturas relacionais com outros eventos. Desta forma “céu” poderia estar relacionado com muitos eventos positivos desde a infância do indivíduo, bem como “sofrimento” participa de uma classe equivalente à dor experimentada diretamente e “não sofrimento” participa de uma estrutura de oposição com aquela dor real. Sendo assim, dessas relações em que a sentença “Se morte, então não sofrimento” seja uma descrição de contingências. Para eles, portanto, “suicídio é um comportamento governado por regras, baseado na construção de consequências imaginárias” (Hayes et al., 1999, apud Banaco, 2001).

A esquiva pode ser outro comportamento a ser analisado quando se trata de demanda suicida. Para Sidman (1989), a esquiva pode ser considerada como um comportamento adaptativo e muito generalizado, pois impede a punição, porém há o reconhecimento do seu lado prejudicial. Com o tempo pode se fugir ou evitar estímulos aversivos, e todas as situações, objetos ou peças associadas a ela.

“O suicida não só tenta inutilmente livrar-se de seus sentimentos dolorosos (esquiva emocional), como também não consegue obter reforçadores por meio de outros comportamentos” (Brandão, 1999, p.180).

Sistemas coercitivos produzem respostas de fuga e esquiva que se tornam comportamentos disfuncionais socialmente no repertório do cliente. Apesar de os comportamentos de esquiva evitarem ou adiares momentaneamente o contato com estimulação aversiva, a esquiva leva também à falta de contato com reforçadores positivos, o que, por sua vez, leva à recorrência de respostas emocionais ou sentimentos dolorosos, impossibilidade de sentimentos positivos que as situações evitadas poderiam produzir, generalização de respostas emocionais para outras situações. As queixas emocionais de clientes suicidas são frutos de uma longa história de estimulação aversiva e comportamentos de fuga-esquiva, e estes trazem uma série de consequências para a vida do indivíduo (Brandão, 1999).

Relação terapêutica e clientes suicidas

As habilidades do terapeuta e os aspectos mantedores do comportamento suicidas são de grande relevância ao trabalhar com clientes que possuem esta demanda, porém a relação terapêutica é o alicerce para o início, meio e fim do tratamento de indivíduos que possuem demandas suicidas. A relação terapêutica é uma das ferramentas ao trabalhar com a queixa suicida. É de grande importância para que se tenha um bom desenvolvimento da terapia e que possibilite ao cliente desenvolver novas potencialidades, gerando novos padrões comportamentais.

O terapeuta precisa desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano, isto é, o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o cliente está. A postura empática envolve “observar; prestar atenção; ouvir o outro; demonstrar interesse e preocupação pelo outro; reconhecer/inferir sentimentos do interlocutor; compreender a situação; demonstrar respeito às diferenças; expressar compreensão pelo sentimento ou experiência do outro; etc.” (Vettorazzi et al., 2005). Por meio de sua disponibilidade interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades, a fim de

ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos, poderá ou não emergir. Uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o cliente expresse seu desespero e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos (Fukumitsu, 2014).

“O manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar” (Fukumitsu, 2014, p.271).

A relação terapêutica é o alicerce para o início do tratamento. Na fase inicial deve-se ter empatia e não desprezar o discurso do cliente, este precisa sentir-se acolhido em sua queixa, o terapeuta não deve ter a mesma postura que a comunidade verbal do cliente possui, postura comumente punidora e/ou aversiva. Este deve estabelecer com o cliente uma escuta empática, “um relacionamento cordial, de entendimento, de aceitação e de empatia mútua, capaz de facilitar e aprofundar a experiência terapêutica” (Botega, 2015, p.135). Esta relação promove que o terapeuta entre em contato com a ambivalência comportamental do cliente, pois há dois fatores concorrentes na intencionalidade do suicídio: a intensidade da motivação suicida e o grau com que essa motivação é contrabalanceada pelo desejo conflitante de continuar vivendo (Botega, 2015).

“Em meio a tantos dados, o essencial é preservar a ideia de que até o presente momento não somos capazes de determinar a exata probabilidade de que alguém, submetido a eventos públicos e/ou privados de natureza aversiva, tenha o suicídio como alternativa de ação. Portanto, é insensato que um terapeuta leve em conta perigosos ditos populares como “cão que ladra não morde” para estimar o risco de suicídio de algum cliente. Também não é boa prática profissional supor que tentativas de suicídio para “chamar a atenção” devam, necessariamente, ser postas em extinção” (Wielenska, 2001, p.106).

Em um primeiro momento não há extinção deste comportamento, a relação terapêutica se fortalecerá por não haver extinção ou punição desta queixa. “O uso de punição no contexto clínico pode levar a, pelo menos, três efeitos indesejáveis: fuga, esquiva e respondentes condicionais aversivos” (Santos, Santos & Marchezini-Cunha, 2012, p.141).

Realizar apenas a extinção sem o fortalecimento prévio de respostas não suicidas é aumentar a probabilidade de que respostas com maior intensidade topográfica levem ao êxito letal. Ou seja, retirar o apoio social e técnico contingente ao comportamento suicida leva a maior variabilidade do comportamento alvo da intervenção. Desta forma estaria propiciando que o cliente apresente comportamentos menos previsíveis, menos controláveis e com risco maior de autolesão. Inicialmente o objetivo adequado é aumentar os reforçadores contingentes

a respostas compatíveis com uma vida qualitativamente melhor (Wielenska, 2001). “Não se puxa o tapete sobre o qual nosso cliente caminha, ainda que o consideremos roto, imprestável. Melhor criarmos condições para que outros pisos pareçam, e sejam, para o cliente, algo mais atraente do que "ensaiar o morrer”” (Wielenska, 2001, p.106).

A comunidade verbal do cliente que possui queixas suicidas é por diversas vezes punitiva ou pouco reforçadora, o papel do terapeuta é ter uma audiência não punitiva, para assim diferir desta comunidade na qual o cliente está inserido. O uso de recursos terapêuticos aversivos, como a simples retirada da atenção dispensada aos atos correlacionados com tentativas de suicídio, em uma fase em que a relação terapêutica ainda não se fortaleceu, é colocar em risco a adesão ao tratamento e o vínculo terapêutico. O cliente já tem fracassos ou punições suficientes em sua vida e não deve ser afastado da possibilidade de ajuda (Wielenska, 2001). O comportamento relacionado ao sofrimento clínico do cliente envolve necessariamente, relações verbais que são adquiridas por meio da comunidade verbal, estas adquirem grande importância em questões relacionadas ao terceiro nível de seleção (cultura), principalmente no que se refere ao comportamento verbal (Kovac, Zamignani & Avanzi, 2009).

O terapeuta deve-se constituir como uma fonte de reforçamento social através da audiência não punitiva, este comportamento contribui para que o cliente comece a apresentar aqueles comportamentos socialmente punidos (suicídio) e que pode estar relacionado com o comportamento alvo, redução/extinção da ideação suicida. O autoconhecimento do profissional, a auto-observação contínua, a habilidade para ser fonte sincera de reforçamento social, estabelecimento de relações confiáveis e comprometidas, flexibilidade comportamental e tolerância emocional são quesitos relevantes no processo (Conte & Brandão, 2012).

O terapeuta exerce um tipo de comunidade verbal e através da análise dos relatos de comportamentos encobertos, tem condições de obter informações sobre os antecedentes e as consequências dos comportamentos dos clientes. A expressão verbal dos comportamentos ensinam para o cliente como fazer a análise funcional, instrumento terapêutico na análise clínica comportamental. A partir do momento que o cliente passa a descrever essas condições ele adquiriu autoconhecimento. Ou seja, quando ele sabe o que no ambiente determina seu comportamento-alvo, neste caso o suicídio, pode procurar formas de comportamento alternativas que exerçam contra controle, passa a poder administrar a sua vida com respostas mais adaptadas (Banaco, 1993).

Segundo Banaco (1997, apud Braga & Vandenbergue, 2006), o que diferencia a relação terapêutica das relações do cotidiano (comunidade verbal) é a audiência não punitiva, onde o terapeuta compreende os comportamentos do cliente sem julgá-lo, o que torna a relação terapêutica íntima.

“Intimidade diz respeito ao compartilhar de sentimentos, ao abrir-se para o outro. Surge quando as pessoas se comunicam abertamente, deixando claro o que pensam e o que querem, dividindo além do carinho, as experiências e os segredos, mostrando-se o que se é, mesmo nos medos, inseguranças e defeitos. O compartilhar de sofrimento e o compartilhar de sentimentos positivos de amor, proximidade, esperança, alegria e orgulho são indicativos da intimidade na relação” (Braga & Vandenbergue, 2006, p.310).

O contato com o sofrimento ocorre ainda por parte do cliente, e o terapeuta deve continuar exercendo seu papel de audiência não punitiva, fortificando a relação terapêutica, acolhendo, compreendendo e aceitando as verbalizações ou outros comportamentos apresentados pelo cliente. O comportamento do cliente está sendo mantido por reforçamento positivo (feedbacks verbais e não verbais fornecidos pelo terapeuta) e por negativo (alívio ao expor) (Costa, 2003).

A relação terapêutica faz emergir uma gama de comportamentos, tanto no cliente, quanto no terapeuta. O comportamento do terapeuta influencia o comportamento do cliente e vice-versa, este controle mútuo ocorre de maneira fluída e dinâmica. A relação terapêutica é recíproca, e esta variável, os sentimentos e emoções do terapeuta, devem ser levados em conta no processo, pois os sentimentos do terapeuta contribuem para o entendimento das contingências estabelecidas na relação. (Abreu-Motta, de-Farias & Coelho, 2010). Desta forma, o terapeuta precisa estar atento a vários eventos manifestos da sessão, principalmente aqueles discretos comportamentos que denotam mudanças em seus clientes, e precisa estar atento a seus próprios comportamentos encobertos (Banaco, 1993).

Determinadas intervenções do terapeuta podem assumir funções discriminativas e reforçadoras em relação ao comportamento do cliente e podem também eliciar/evocar respostas emocionais (Colombini & Pergher, 2009). Estes comportamentos advindos da relação terapêutica podem eliciar novos comportamentos no repertório do cliente. As intervenções do terapeuta são realizadas através de verbalizações de empatia e a adoção de postura de apoio às decisões tomadas pelo cliente. O terapeuta auxilia o cliente a relacionar sentimentos às contingências em operação, a descrever auto-regras e relacioná-las à história de vida e a identificar novas fontes de reforço (Colombini & Pergher, 2009).

O cliente que apresenta queixa suicida por diversas vezes apresenta dificuldade em estabelecer relação com demais pessoas de seu contexto social, uma vez que o suicídio não é aceito socialmente, e há frequentemente punição para as pessoas que cogitam ter esse comportamento. O papel do terapeuta neste momento é primordial, este será apoio e demonstrará interesse por esta queixa.

O cliente precisa ver a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, onde pode revelar informações, sentir-se protegido, e o mais importante, pode confiar no terapeuta, o cliente identifica este relacionamento como especial, diferente do que tem com outras pessoas. Novas as respostas adquiridas e reforçadas nesta interação entre cliente e terapeuta, e estas frequentemente se generalizam para outros ambientes, ficando sob controle das contingências naturais. Desde o início do processo, ou seja, desde a apresentação da queixa, o terapeuta deve ter como objetivo estabelecer-se como uma fonte de reforçamento social, pois é a partir deste poder de reforçamento do terapeuta que muitos eventos da terapia se desenvolvem (Delitti, 2005).

O terapeuta se torna fonte de reforçamento para queixa suicida do cliente, estando neste ambiente reforçador, o cliente pode falar de forma genuína sobre o comportamento em questão. A relação terapêutica estabelece como este relato será desenvolvido, e quando o cliente sente-se acolhido em sua queixa pode-se abrir a novos repertórios. O papel do terapeuta é atenuar o sofrimento do cliente, levando-o a ver os eventos externos que estão causando sofrimento e gerar novas contingências diferentes que possam produzir sentimentos mais agradáveis (Conte & Brandão, 2012).

O direcionamento do terapeuta irá mudar quando a relação terapêutica estiver construída de forma sólida. E, em um momento inicial o terapeuta está direcionado para adesão do cliente ao processo clínico, estabelecer audiência não punitiva e reforçadora e formular hipóteses analíticas comportamentais sobre os comportamentos do cliente (Conte & Brandão, 2012). O reforço da queixa suicida será reformulado quando o cliente, com auxílio do terapeuta, conseguir discriminar e executar novos repertórios comportamentais. “Quando a relação terapeuta-cliente representa uma amostra significativa das demais relações do cliente com outros em situações extraconsultório, os ganhos obtidos ali por generalização e equivalência, estender-se-ão para outros contextos” (Conte & Brandão, 2012, p.134).

Possíveis intervenções terapêuticas

No contexto clínico há diversas intervenções terapêuticas que podem ser realizadas para se obter resultados nas demandas dos clientes. Ao entrar em contato com a demanda

suicida deve-se ter cautela ao executar qualquer intervenção, pois estes clientes estão em constante ambiente punitivo e pouco reforçador. “A intervenção faz parte de um processo de avaliação funcional, porém trata-se daquela parcela em que se utilizam estratégias visando à alteração de um comportamento-alvo” (Del Prette & Almeida, 2012, p.148).

O Reforçamento Diferencial de Outras Respostas (DRO) está entre possíveis intervenções que podem ser utilizadas com clientes que possuem esta queixa. O DRO é reforçar qualquer resposta do cliente que não aquela que se pretende extinguir (Del Prette & Almeida, 2012). “O DRO é a principal alternativa comportamental para reduzir a frequência de um comportamento sem a utilização de punição” (Moreira & Medeiros, 2007, p.131).

Como discorrido anteriormente, em um primeiro momento da relação terapêutica não há punição ou extinção do comportamento emitido por um cliente que apresenta a queixa suicida. Ou seja, realizar apenas a extinção sem o fortalecimento prévio de respostas não suicidas é aumentar a probabilidade de que respostas com maior intensidade topográfica levem ao êxito letal, inicialmente o objetivo adequado é aumentar os reforçadores contingentes a respostas compatíveis com uma vida qualitativamente melhor (Wielenska, 2001). Tendo em vista esta demanda, usar procedimentos de punição não é recomendável, de acordo com Sidman (1989):

“Quando levamos em consideração todos os seus efeitos, o sucesso da punição em livrar-se de comportamento parece inconsequente. As outras mudanças que ocorrem nas pessoas que são punidas e, o que é às vezes ainda mais importante, as mudanças que ocorrem naqueles que executam a punição, levam inevitavelmente à conclusão de que punição é o método mais sem sentido, indesejável e mais fundamentalmente destrutivo de controle da conduta” (Sidman, 1989, p. 90-91).

Após este período inicial de relação terapêutica e uma minuciosa avaliação clínica, o terapeuta deve iniciar o reforçamento de outros comportamentos do cliente. Este deve reforçar todos os comportamentos, exceto aquele que se deseja reduzir a frequência (comportamento suicida), é uma combinação de extinção para o comportamento indesejado e reforço para outros comportamentos (Moreira & Medeiros, 2007).

O DRO é preferível como forma de reduzir a frequência do comportamento em relação à punição e à extinção, pois produz menos efeitos colaterais, como respostas emocionais e contracontrole. Este tipo de esquema é bastante utilizado para reduzir a frequência de comportamentos autolesivos [...] (Moreira & Medeiros, 2007, p.131).

O DRO faz parte do processo de modelagem, para Conte e Brandão (2012) “a modelagem de comportamentos desejáveis, através de reforçamento diferencial, é sempre a

indicação mais apropriada para intervenção analítico-comportamental” (p.133). Para Del Prette & Almeida (2012), o reforçamento diferencial é necessário quando algumas respostas do cliente são socialmente inadequadas devido à produção de consequências aversivas para si ou para outros, e estas respostas ocorrem porque são reforçadas no cotidiano. Se estas respostas ocorrem no contexto terapêutico, o terapeuta deve tentar contingenciar de forma diferente das consequências obtidas no ambiente natural do cliente (Silva & Cardoso, 2018).

O terapeuta exerce uma forma de comunidade verbal, segundo Regra (2004, apud Silva & Cardoso, 2018) quando o terapeuta comporta-se de forma diferente do que o ambiente natural do cliente pode auxiliá-lo a treinar um repertório comportamental mais adequado. A partir do momento que este novo repertório é desenvolvido, o indivíduo pode passar a emitir o mesmo comportamento no ambiente fora da terapia quando exposto a estímulo funcional e/ou topograficamente similares, e assim obtém reforçadores nessa relação, as mudanças que ocorrem em terapia podem ser generalizadas para a sua comunidade verbal (Silva & Cardoso, 2018).

O DRO para ser posto em prática como uma intervenção terapêutica eficaz deve ser oriundo de uma análise funcional consistente. Através da análise funcional o terapeuta comportamental irá identificar a função do comportamento do cliente, analisar as variáveis e as contingências que controlam o comportamento e levantar hipóteses sobre a aquisição e a manutenção desses comportamentos (Delitti, 2001). A análise funcional permite desenvolver repertório de autoconhecimento, favorece a interpretação do cliente sobre seu comportamento de maneira mais funcional.

O cliente que compreende que os comportamentos autolesivos são uma forma de obter atenção e afeto por parte dos familiares pode promover a alteração nessas relações familiares à medida que desenvolve outras formas de obter atenção e afeto, sem que seja necessário emitir comportamentos autolesivos (Silva & Cardoso, 2018, p.350).

O uso da análise funcional se faz necessário em qualquer intervenção, não somente no DRO. Há inúmeras intervenções de cunho analítico-comportamental que são advindas da análise funcional e assim trazem melhores resultados no processo. Seguindo a proposta de intervenções para clientes que apresentam queixa suicida, atualmente há duas vertentes que crescem no cenário da análise comportamental clínica, a ACT e FAP. Estas são duas intervenções de grande relevância para clientes que apresentam queixa suicida, uma vez que ambas privilegiam o uso de estratégias positivamente reforçadoras na prática clínica (Dutra, 2010).

Abordando inicialmente a FAP, a Psicoterapia Analítica Funcional é conhecida na literatura profissional brasileira pela sigla em inglês FAP. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) surgiu da observação de que clientes melhoram de forma mais eficiente quando a relação com o terapeuta é genuína e envolvente (Vandenberghe, 2017). A relação terapêutica é mais uma vez posta como papel fundamental do processo psicoterápico, clientes que apresentam queixas suicidas precisam ter uma escuta genuína por parte do terapeuta e apresentam em terapia seus comportamentos não adaptativos. Para Vandenberghe (2017):

“[...] o terapeuta muitas vezes é – ou oferece – um estímulo discriminativo para o comportamento clinicamente relevante do cliente. Com frequência também é – ou oferece – um estímulo condicionado que elicia respostas emocionais problemáticas com as quais o cliente precisará lidar ao vivo durante a sessão. Uma vez que o cliente emite tal comportamento, a resposta contingente do terapeuta pode reforçá-lo, puni-lo, ou colocá-lo em extinção” (Vandenberghe, 2017, p.209).

Esta intervenção busca priorizar a relação terapêutica, uma vez que clientes que apresentam queixas suicidas em um primeiro momento obtêm reforço deste comportamento por parte do terapeuta ao falar livremente sobre a queixa, pois na comunidade verbal que estão inseridos em muitas situações não podem relatar sobre suicídio. Quando o comportamento alvo estiver emitido em sessão, o terapeuta precisa liberar o reforço natural que acarretará um possível aumento da frequência desse comportamento no futuro, e para escolher a forma de reforçamento, se deve comparar o relacionamento terapêutico com relacionamentos significativos na vida do cliente. Pode-se definir a FAP como um tratamento vivencial no qual a experiência direta da interação pessoal com o terapeuta oferece o caminho da mudança para o cliente. (Vandenberghe, 2017).

Sendo assim, para Kohlenberg et al (1999, apud Pezzato, Brandão & Oshiro, 2012) a proposta terapêutica da FAP considera que o relacionamento terapeuta-cliente é uma interação real que tem o potencial de evocar e mudar os comportamentos-problema do cliente. Buscando a diminuição dos comportamentos-problema, o terapeuta deixa de reforçá-los, e instala comportamentos concorrentes mais efetivos ou ocasionalmente os pune quando são desagradáveis nas interações do cliente com as demais pessoas (Follete, Naugle & Callaghan, 1996, apud Pezzato, Brandão & Oshiro, 2012).

A FAP possui como principal ferramenta a identificação de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), e estes incluem os comportamentos-problema e os comportamentos finais almejados.

Os CRBs são de extrema importância no processo psicoterápico ao usar a FAP, o terapeuta deve ficar atento à emissão dos CRBs na sessão. O comportamento é trabalhado no contexto da relação terapêutica, no "aqui" e "agora", sendo o objetivo primordial da FAP. Desta forma, deve-se procurar colaborar no sentido de provocar aceitação emocional e generalização para o dia a dia do cliente. Em relação às situações aversivas, é necessário enfrentá-las, uma a uma, sem recorrer às tentativas de fuga, tais como suicídio ou controle emocional do ouvinte. A FAP apresenta formas de favorecer a aceitação, e uma destas formas consiste em evocar respostas emocionais na sessão. A auto-observação e a redução da culpa podem surgir no desenvolvimento das relações terapêuticas e, se observadas e sinalizadas pelo terapeuta, podem ser aprendidas ou modificadas por modelagem direta e reforçamento natural. Algumas emoções semelhantes à do dia a dia do cliente são eliciadas pela relação terapêutica (Brandão, 1999).

Ainda sobre a relevância dos CRBs, um aspecto importante e difícil para o terapeuta é a identificação e observação do comportamento clinicamente relevante na sessão. “Terapeutas com auto-observação pouco desenvolvida podem ter dificuldade em saber qual é o aspecto do problema do cliente que deve ser trabalhado e quando ele está ocorrendo no seu relacionamento com o cliente” (Brandão, 1999, p.186).

O uso desta intervenção terapêutica possibilita um contato genuíno com o cliente, a relação terapeuta-cliente é fundamental para o bom desempenho da terapia. Clientes que apresentam queixas suicidas necessitam de um ambiente no qual se sintam acolhidos para desenvolver uma relação leal. Para concluir, é necessário que o terapeuta esteja atento às consequências de suas próprias ações que geram no cliente, compreender que esta relação é relevante para este.

A análise das sessões pode demonstrar a necessidade do terapeuta fazer "confrontos" na sessão. Isto é, bloquear esquiva emocional dos clientes e fazê-los aceitar emoções. Mas o terapeuta vivencia emoções no decorrer deste processo. Terapeutas que se esquivam das próprias emoções, com certeza evitariam este enfoque (Brandão, 1999, p.186).

No que tange a intervenções terapêuticas com clientes que possuem queixa suicida, pode-se usar recursos da Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT). A ACT tem como objetivo “[...] proporcionar flexibilidade psicológica, que significa aceitar eventos encobertos desagradáveis, como sentimentos, pensamentos, memórias e sensações julgadas ruins ou negativas para o indivíduo” (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Saban, 2015, apud Frasson & Nery, 2018, p.268).

Para a ACT, o contato com as emoções (até então evitado), ocorre por meio de utilização de metáforas e do enfraquecimento do controle verbal, a fim de alterar as funções de estímulos desses eventos privados e estabelecer condições que ajudem a conscientizar o cliente de que suas emoções são produtos de contingências ambientais (Dutra, 2010).

A proposta da terapia de aceitação e compromisso é modificar a função dos eventos privados considerados indesejáveis por meio de desenvolvimento de novas formas de comportar publicamente na presença desses eventos: reduzindo a tentativa de controlá-los (o que pode, ao contrário, exacerbá-los), aumentando a disposição em experimentá-los e focando nos comportamentos públicos necessários para que o indivíduo alcance seu valores/objetivos de vida (a despeito dos pensamentos/sentimentos desagradáveis que possa estar experienciando) (Frasson & Nery, 2018, p.268).

A ACT promove auxílio para o cliente desenvolver maior flexibilidade psicológica. Visa à aceitação de eventos encobertos aversivos, busca novas formas de lidar com contextos que só poderão ser modificados se o cliente se dispuser a experienciar novos eventos privados desagradáveis e assim construir regras mais favoráveis para obtenção de consequências reforçadoras (Frasson & Nery, 2018).

A ACT está direcionada para a promoção de aceitação, busca a redução da esquiva experiencial e ao aumento da tolerância emocional (Dutra, 2010). Para Hayes (2000, apud Dutra, 2010) a esquiva experiencial pode ocorrer quando eventos privados passam a ser alvos de controle verbal devido à bidirecionalidade da linguagem humana. Quando as experiências privadas são produtos de eventos aversivos, o cliente passa a evitar as primeiras experiências para não entrar em contato.

Quando se fala de clientes que apresentam queixas suicidas, o conceito de esquiva experiencial pode ajudar a construir formas de trabalhar esta demanda. O ato suicida em si pode ser visto com uma forma elevada de esquiva de experiencial. “Quando todos os outros artifícios para lidar com um intolerável nível de dor não geram resultados, o indivíduo pode ser levado a optar pela última escapatória” (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, p.96).

De acordo com estudos de Baumeister (1990, apud Hayes, Pistorello & Biglan, 2008) a grande maioria das notas de suicídio descrevem a libertação emocional como o objetivo final do autoextermínio, o suicídio pode ser então percebido como o último recurso na tentativa de escapar de si. Chapman, Gratz e Brown (2006 apud Hayes, Pistorello & Biglan, 2008) produziram através de seus estudos que o auto-ferimento correlaciona-se com a esquiva de experiência. A esquiva experiencial pode facilitar a criação de condições para o surgimento de problemas clínicos que, por conseguinte pode levar ao suicídio, onde a suicidalidade seja a

última expressão dos possíveis meios para lidar com os problemas (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

A inflexibilidade psicológica é um fator contribuinte para a maioria dos problemas que levam à suicidalidade, e considerando que a ACT os alteram e que os seus resultados são mediados por essas mudanças, parece provável que a terapia poderia ser usada como uma intervenção preventiva para frear as tendências que culminam na suicidalidade (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, p.96).

A ACT é uma intervenção que pode ser empregada de modo preventivo, pois é “[...] baseada na ideia de que processos cognitivos normais podem resultar em distúrbios quando não balanceados pela aceitação, conscientização e habilidades baseadas em valores.” (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, p.96). A partir desta conceituação, esta abordagem não patológica, não geradora de culpa e baseada em valores pode elevar a ACT como terapia de prevenção em determinadas situações, tais como o suicídio (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008). Quando se fala na prevenção do suicídio, precisa-se levar em conta os seguintes pontos: “[...] a) agir em vários se não na maioria dos meios que levam ao suicídio, b) ser maleáveis e c) influenciar os resultados mesmo quando alterados” (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, p.94). Desta forma os processos da ACT para esquiiva de experiencial, fusão cognitiva e inflexibilidade psicológica se encaixam nessa descrição.

Ao falar em queixas suicidas, não há como formular um processo comum que abarque a extensa variedade de meios de se diagnosticar o suicídio e sua idealização, caso fosse possível formular esse processo, este seria possivelmente alterado e reduziria o impacto comportamental de problemas coexistentes ao suicídio e sua idealização (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

Por fim, o uso de cada intervenção proposta deve ser utilizado a partir da análise funcional de cada cliente, pois apesar de ter a mesma queixa, ainda assim cada um possui um padrão comportamental único. Ambas as intervenções apresentam bons resultados, sendo necessário se aprofundar nos seus conceitos e técnicas para obter bom resultado psicoterápico.

Desafios

O suicídio apesar de ter grande relevância no cenário clínico, ainda possui grandes desafios quanto a sua prevenção. O cliente que apresenta esta queixa possui históricos de punição e poucos reforçadores, o terapeuta fica frente a uma história de aprendizagem dolorosa, e na sua maioria complexa. Desta forma, o terapeuta por diversos momentos sente receio ao adentrar nesta queixa e não consegue vislumbrar os recursos existentes para realizar uma intervenção eficaz. Apesar da importância da questão do suicídio, as evidências

empíricas relativas às intervenções preventivas são um tanto limitadas ainda, principalmente no contexto clínico (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

O grande desafio da prevenção do comportamento e ideação suicida se mostra complexo por sua gama de motivações que podem levar ao ato suicida. Há grandes complexidades ligadas ao suicídio e à ideação, tais como a dificuldade em definir operacionalmente a suicidalidade e os seus comportamentos associados, o estigma associado ao suicídio e principalmente ao desafio do grande número de vias que levam ao suicídio (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008). Nesta vertente de complexidades, há uma extensa rede de fatores que podem levar ao suicídio:

O suicídio e sua idealização não são uma síndrome específica com uma etiologia reduzida e difundida. As causas associadas ao seu aumento perpassam um extenso escopo de problemas físicos e comportamentais, incluindo o abuso de álcool e drogas (Mean *et al.*, 2005), transtornos afetivos (Moscicki, 2001), transtornos de ansiedade (Sareen, Houlahan, Cox, e Asmundson, 2005), transtornos do pensamento (Siris, 2001), problemas no relacionamento social (Helliwell, 2007) e algumas enfermidades de ordem física (e.g., Tang e Crane, 2006) (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, p.93).

Desta forma, é relevante o estudo sobre os fatores que levam ao suicídio, é um recurso a mais no processo de avaliação, porém somente ter uma lista de fatores não aumenta a prevenção deste comportamento. Fleischmann *et al.* (2005, apud Hayes, Pistorello & Biglan, 2008) faz uma crítica dos dados sobre a prevenção do suicídio, este similarmente concluiu que os esforços de prevenção devem considerar os fatores contextuais e detectar uma forma de almejar os distúrbios mentais como um todo.

O manejo com clientes que apresentam queixa suicida é de suma importância no processo psicoterápico. “Reflete-se ainda que o manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar” (Fukumitsu, 2014, p.271). Neste ponto pode-se chegar a outro desafio ao lidar com demandas suicidas: o terapeuta. Este precisa estar preparado tecnicamente e psicologicamente para lidar com este comportamento altamente complexo. O terapeuta deve investir no seu autocuidado, pode-se fazer uso e prática da psicoterapia, supervisão clínica, grupos de discussão etc.

O suicídio é por diversas vezes uma queixa que os terapeutas não gostariam de receber como demanda, e quando o cliente relata este comportamento evoca uma série de respondentes no terapeuta. O comportamento suicida de um cliente não deve ser exclusivamente uma ação do terapeuta clínico, não é possível prevenir o suicídio de maneira

solitária, o trabalho deve ser realizado em parceria com a rede de apoio, como a família e outros profissionais envolvidos, tais como psiquiatras, enfermeiros etc. (Fukumitsu, 2014).

Ao entrar em contato com este cliente, o terapeuta por meio da relação terapêutica também participa ativamente do processo terapêutico, ao ter empatia e disponibilizar-se com a dor do outro, também produz efeitos no profissional, ou seja, “[...] acompanhar o cliente na luta com seu sofrimento significa também se autoacompanhar, no sentido de saber que o profissional só poderá oferecer aquilo que é possível oferecer” (Fukumitsu, 2014, p.271).

O comportamento suicida evoca muitos respondentes no terapeuta, a iminência de uma tentativa de suicídio está presente ao longo do processo psicoterapêutico, e o terapeuta pode ter a ideia que deve controlar todas as variáveis para evitar o ato suicida. Ao ocorrer o suicídio, pode desenvolver no terapeuta sentimentos de impotência ou sensação de fracasso, estes sentimentos podem desenvolver ansiedade e colocar o terapeuta em uma função de onipotência, onde precisa garantir que o outro sobreviva (Fukumitsu, 2014).

O terapeuta precisa desenvolver em sua prática como lidar com os sentimentos e emoções que tem ao longo do processo. Em muitos contextos clínicos, é exigido que o terapeuta seja uma pessoa isenta de sentimentos em relação aos clientes e suas demandas, que este tenha que ser aberto a qualquer problema que lhe apresente. Deve-se ressaltar que o terapeuta é uma pessoa que tem sua história de reforçamento, sentimentos e pensamentos particulares (Banaco, 1993).

O terapeuta comportamental é, antes de mais nada, um indivíduo em interação com seu meio ambiente. Como tal, tem sua história de vida, seu treino específico, etc. e está sujeito a todo um conjunto de variáveis ambientais que controlam o seu comportamento. Entender como cada uma dessas variáveis agem na determinação do comportamento do terapeuta, não só durante a sessão terapêutica, mas também na análise que ele realiza sobre os dados do cliente fora da sessão, é uma tarefa fundamental. A descoberta dessas variáveis pode permitir o desenvolvimento de novas tecnologias de treinamento profissional, em busca de uma atuação mais efetiva (Zamignani, 2000, p.240).

Considerações Finais

Atualmente é inegável a importância da relação terapêutica para um bom desenvolvimento do processo psicoterapêutico. A relação terapêutica é um instrumento de mudança, o terapeuta não é somente responsável por aplicar técnicas, este usa a relação terapeuta-cliente para ampliar a sua intervenção. Os Analistas Comportamentais por algum tempo foram taxados de não priorizar a relação terapêutica, porém esta visão está sendo modificada com os estudos recentes e as novas propostas de intervenções. A Análise

Comportamental Clínica elaborou diversos instrumentos terapêuticos, e estes tiveram a atenção voltada para a relação que se estabelece entre o cliente e o terapeuta. Desta forma, a análise passa a ter foco para a relação construída entre terapeuta-cliente e não somente o comportamento do cliente (Alves & Isidro-Marinho, 2010).

Há uma extensa gama de recursos terapêuticos que podem ser usados na prática clínica comportamental, mas a relação terapêutica é o instrumento mais relevante a ser utilizado. Pode ser considerada como um instrumento e como uma habilidade do terapeuta para a condução da terapia. A relação terapêutica é um instrumento terapêutico relevante, ao qual o terapeuta deve voltar sua atenção e seu cuidado. É considerada como um espaço de colaboração e aplicação de intervenções terapêuticas (Braga & Vandenberghe, 2006). A relação terapeuta-cliente promove melhor adesão e engajamento do cliente ao longo do processo, e conseqüentemente se obtém melhores resultados desta relação.

O cliente possui papel ativo na terapia, este traz comportamentos que emite socialmente no contexto psicoterapêutico, onde na maioria das vezes estes comportamentos são provenientes de uma sociedade controladora e punitiva, desta forma, o terapeuta precisa ter outro posicionamento frente a estes comportamentos, e assim a relação terapêutica é consolidada, o terapeuta deve possuir uma escuta diferente das demais pessoas que o cliente possui contato (Vandenberghe & Borges, 2005).

A escuta é primordial no contexto da terapia, normalmente o cliente não possui em sua comunidade uma escuta que se sinta acolhido, que valide seus sentimentos, sendo assim, o terapeuta deve ter esta postura através da audiência não punitiva, e assim comportamentos que foram punidos começam a ter uma chance de ser evocados. O cliente que se sente validado emocionalmente pode ter como ganhos o desaparecimento da culpa, depressão, angústia ou rigidez (Vandenberghe & Borges, 2005). A validação dos sentimentos do cliente fazem com que o terapeuta aceite o que este traz para a sessão, e isso traz implicações para o processo terapêutico, a relação terapeuta-cliente, proporciona estratégias para ajudar o indivíduo a entender como suas ações, emoções e pensamentos fazem sentido diante de sua realidade (Vandenberghe & Valadão, 2013).

A relação terapêutica é fundamental para o engajamento dos clientes na terapia, principalmente em clientes que apresentam queixas suicidas. Nesta demanda se faz ainda mais imprescindível a efetividade na relação terapêutica e da audiência não punitiva. Clientes que desenvolvem queixas suicidas estão em constante contato com histórico de punição, e eventos

considerados aversivos. A audiência não punitiva é fator essencial para a construção da relação terapêutica e mudança de comportamentos.

É necessário enfatizar o fato que a sociedade tem um papel controlador aversivo, e assim propicia comportamentos suicidas. O cliente suicida tenta inutilmente livrar-se de seus sentimentos dolorosos, através da esquivia emocional, e não consegue obter reforçadores por meio de outros comportamentos, desta forma, pode se concluir que sistemas coercitivos produzem respostas de fuga e esquivia que se tornam disfuncionais (Brandão, 1999). Para Hayes (1987 apud Dutra, 2010) os clientes procuram na terapia ajuda para a aquisição de um repertório mais eficaz de fuga-esquivia do que acreditam ser o seu problema ou a causa dos problemas: os eventos privados relacionados a eventos aversivos.

A relação terapêutica não é a única habilidade que o terapeuta precisa desenvolver, este deve possuir outras habilidades na condução do processo psicoterapêutico. Para o terapeuta analítico-comportamental é de extrema relevância a formação sólida em Behaviorismo Radical, Análise Experimental do Comportamento e Análise Aplicada do Comportamento, sendo que o conceito da análise funcional é o mais ressaltado, somado à habilidade de aplicá-lo como técnica, este conceito é tão evidenciado pelo fato de que através da análise funcional o terapeuta poderá descrever em termos funcionais os comportamentos do cliente, detalhando topografia, frequência, local e função destes comportamentos (Bitondi & Setem, 2007).

Outro conjunto de habilidades se faz necessário desenvolver no terapeuta além da formação acadêmica, estas características envolvem os comportamentos e as próprias características do terapeuta, tais como a habilidade de observar sistematicamente, reforçar diferencialmente, solicitar e dar informações, empatia, aceitação incondicional e irrestrita, compreensão e autenticidade (Bitondi & Setem, 2007).

As habilidades terapêuticas se fazem como procedimento inicial para o bom desenvolvimento do processo, mas deve-se ressaltar a importância dos instrumentos terapêuticos que podem ser utilizados com os clientes, principalmente os que apresentam queixas suicidas. Agregam valor juntamente com a relação terapêutica e as habilidades do terapeuta.

O estudo apresentou três instrumentos terapêuticos: Reforçamento Diferencial de Outras Respostas (DRO), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT). Estes são alguns dos mais diversos recursos que a análise comportamental clínica apresenta para trabalhar com clientes que apresentam queixa suicida.

Esses instrumentos foram escolhidos por apresentarem bons resultados na clínica comportamental, porém não são os únicos instrumentos que devem ser utilizados pelos terapeutas. Estas técnicas visam contribuir na promoção de mudanças comportamentais dos clientes que possuem esta demanda. Todas apresentam a relação terapeuta-cliente como ponto primordial para o bom desempenho da terapia.

O DRO apresenta um recurso imprescindível na área clínica, pois o cliente que apresenta queixa suicida, possui déficit de habilidades assertivas, e a aprendizagem de qualquer habilidade requer reforço diferencial, este fornece feedback sobre a correção da resposta e fortalece as respostas que se aproximam do objetivo terapêutico estabelecido, e possibilita a autocorreção das respostas que se afastam deste padrão inassertivo (Rose, 2005).

Como apresentado, clientes que apresentam queixas suicidas estão em uma sociedade que em muitas vezes é punitiva, desta forma, ao usar DRO há mais probabilidade de criar e manter comportamentos que ainda não surgiram no repertório do cliente e enfraquecer comportamentos indesejáveis sem a utilização da punição. O terapeuta deve utilizar intervenções que não utilize punição, pois há efeitos colaterais indesejados (controle aversivo) e pode empobrecer respostas de autoconhecimento (Alves & Isidro-Marinho, 2010).

As relações dos clientes são permeadas por controle coercitivo, o terapeuta comportamental deve usar alternativas para não emitir comportamentos punitivos, para Medeiros (2002) a audiência não punitiva é de grande relevância no contexto psicoterapêutico, pois visa minimizar todos os subprodutos ou efeitos colaterais do controle coercitivo, pois estímulos aversivos contingentes a fala dos clientes, independente do conteúdo e da topografia de seu relato, podem ser formas de prejudicar o progresso terapêutico. O terapeuta deve evitar comportamentos semelhantes aos das pessoas que convivem com o cliente, não deve propiciar um ambiente de controle aversivo.

Pode-se concluir que o uso do DRO apresenta grandes possibilidades terapêuticas, mas este deve ser aplicado após uma cuidadosa análise funcional, devem-se levar em consideração as variáveis presentes na vida do cliente, tais como história de vida do indivíduo e todo seu contexto atual, e assim propiciar melhores formas de agir no seu ambiente.

A FAP é outro instrumento terapêutico de grande relevância no contexto clínico, clientes que apresentam queixas suicidas buscam relações terapêuticas genuínas, e este é um dos pilares da FAP. Para Kohlenberg e Tsai (1991/2001 apud Alves & Isidro-Marinho) a FAP é uma psicoterapia que aliada aos princípios do Behaviorismo Radical, consegue manejar comportamentos intitulados de disfuncionais por meio de uma relação terapêutica genuína.

No contexto da FAP, há uma atenção especial para os Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs), estes são a principal ferramenta, pois incluem os comportamentos-problema e os comportamentos finais almejados (Dutra, 2010). Esta intervenção busca trabalhar imediatamente os comportamentos que são emitidos em sessão, ou seja, para o cliente “[...] os efeitos do tratamento serão mais significativos se os comportamentos-problema e as melhoras ocorrerem durante a sessão, onde estes estarão, no tempo e no espaço, o mais perto possível do reforçamento” (Kohlenberg & Tsai, 2006, p.11). A FAP é um instrumento que trata problemas do cotidiano que também ocorrem durante o atendimento terapêutico, e estes podem ser evocados e modificados durante a terapia. Entre esses problemas podem-se citar as dificuldades nas relações de intimidade, rejeição, dificuldades na expressão de sentimentos, sensibilidade a críticas, ansiedade etc. (Kohlenberg & Tsai, 2006).

A FAP mostra-se cada vez mais eficaz, e clientes que estão em ambientes aversivos e que constantemente não são validados emocionalmente podem obter da FAP melhores resultados, Kohlenberg e Tsai (2006) corroboram esta afirmação quando afirmam que:

Ao contrário daquelas, as técnicas utilizadas pela FAP são concordantes com as expectativas dos clientes, que buscam uma experiência terapêutica profunda, tocante, intensa. Além disso, ela também se ajusta muito bem a clientes que não obtiveram uma melhora adequada com as terapias comportamentais convencionais e àqueles que têm dificuldades em estabelecer relações de intimidade e/ou têm problemas interpessoais [...]. Para manejar estes problemas enraizados, a FAP conduz o terapeuta a uma relação genuína, envolvente, sensível e cuidadosa com seu cliente, e, ao mesmo tempo, apropria-se com vantagens das definições claras, lógicas e precisas do behaviorismo radical (Kohlenberg & Tsai, 2006, p.2).

O uso desta intervenção terapêutica possibilita um contato genuíno com o cliente e valida importância da relação terapeuta-cliente, e clientes que apresentam queixas suicidas necessitam de um ambiente no qual se sintam acolhidos para desenvolver uma relação leal. Este instrumento visa que o terapeuta esteja atento às consequências de suas próprias ações, pois esta vivência emoções no decorrer do processo, sendo assim, terapeutas que se esquivam das próprias emoções, devem evitar este instrumento. (Brandão, 1999).

Por fim, o estudo trouxe a ACT como mais um instrumento que pode ser utilizado com clientes que apresentam queixa suicida. É uma abordagem que parte dos fundamentos do Behaviorismo Radical e torna relevante a análise da cognição (Prudêncio & Cardoso, 2018). A ACT visa promover auxílio para o cliente desenvolver maior flexibilidade psicológica, “a proposta da terapia de aceitação e compromisso é modificar a função dos eventos privados

considerados indesejáveis por meio de desenvolvimento de novas formas de comportar publicamente na presença desses eventos” (Frasson & Nery, 2018, p.268).

O cliente com comportamentos suicidas busca uma libertação emocional e percebem o suicídio como último recurso na tentativa de escapar de seus problemas, ou escapar de si. O suicídio está relacionado com a esquiva experiencial, esta pode facilitar a criação de condições para o surgimento de problemas clínicos que, por conseguinte pode levar ao suicídio, onde a suicidalidade seja a última expressão dos possíveis meios para lidar com os problemas (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

A ACT visa à flexibilidade psicológica, é a “[...] capacidade de entrar em contato com o momento presente e as experiências internas e, de acordo com o contexto, persistir ou alterar a busca de objetivos e valores pessoais” (Monteiro et al., 2015, p.25). Clientes que possuem demandas suicidas estão em constante esquiva dessas experiências internas, a ACT pode ser utilizada para que o cliente passe por um processo de enfrentamento. Este cliente em diversos momentos passou por situações de estigmatização, e este processo pode desenvolver vários prejuízos não só em níveis de saúde, mas também em nível psicológico e social. Desta forma, cabe considerar a ACT como abordagem para enfrentamento, objetivando a redução do estigma internalizado na tentativa de eliminar diretamente estereótipos particulares (Monteiro et al., 2015).

Há diversos fatores presentes na ideação suicida, não há como formular um processo comum que abarque a extensa variedade de meios de se diagnosticar o suicídio e sua idealização. Para a ACT, a inflexibilidade psicológica é um fator contribuinte para a maioria dos problemas que levam à suicidalidade, e esta pode ser considerada uma intervenção preventiva para frear as tendências que culminam na suicidalidade (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

Concluindo, o uso de cada intervenção proposta deve ser utilizado a partir da análise funcional de cada cliente, apresentar a mesma queixa não faz com que tenha o mesmo padrão comportamental e contingências estabelecedoras iguais. Ambas as intervenções apresentam bons resultados, sendo necessário se aprofundar nos seus conceitos e técnicas para obter bom resultado psicoterápico.

A escolha do tema corrobora a relevância da relação terapêutica, pois é um desafio para os terapeutas e possui papel fundamental em toda a condução do processo psicoterápico. Ao estreitar o foco sobre clientes que apresentam queixas suicidas, visa demonstrar o quanto esta demanda é desafiadora nos consultórios e exige fortemente a relação terapêutica como

recurso condutor da terapia. A execução de instrumentos que reduzam o comportamento suicida está relacionada diretamente com a relação terapeuta-cliente e deve estar consolidada para que haja a ampliação da variabilidade comportamental do cliente.

O suicídio é por diversas vezes uma queixa que os terapeutas não se sentem confortáveis e seguros para conduzir, pois o relato desta demanda evoca uma série de respondentes no terapeuta. O comportamento suicida de um cliente não é exclusivamente responsabilidade do terapeuta clínico, pois não é possível prevenir o suicídio de maneira solitária, o trabalho deve ser realizado em parceria com a rede de apoio, como a família e outros profissionais envolvidos (Fukumitsu, 2014).

Outro ponto relevante do processo é o desenvolvimento por parte do terapeuta, de como lidar com os sentimentos e emoções que tem ao longo do processo. Em contextos clínicos, é exigido que o terapeuta seja uma pessoa isenta de sentimentos em relação aos clientes e suas demandas, que tenha que ser aberto a qualquer problema que este apresente. O terapeuta é uma pessoa que tem sua história de reforçamento, sentimentos e pensamentos particulares (Banaco, 1993). O terapeuta comportamental é um indivíduo em interação com seu meio ambiente, tem sua história de vida, seu treino específico e está sujeito a todo um conjunto de variáveis ambientais que controlam o seu comportamento (Zamignani, 2000).

O suicídio apesar de ter grande relevância no cenário clínico, ainda possui grandes desafios quanto a sua prevenção. O cliente que apresenta esta queixa possui históricos de punição e poucos reforçadores, o terapeuta fica frente a uma história de aprendizagem dolorosa, e na sua maioria complexa. Apesar da importância da questão do suicídio, as evidências empíricas relativas às intervenções preventivas são um tanto limitadas ainda, principalmente no contexto clínico. O grande desafio da prevenção do comportamento e ideação suicida se mostra complexo por sua gama de motivações que podem levar ao ato suicida. Há grandes complexidades ligadas ao suicídio e à ideação, tais como a dificuldade em definir operacionalmente a suicidalidade e os seus comportamentos associados, o estigma associado ao suicídio e principalmente ao desafio do grande número de vias que levam ao suicídio (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

Referências Bibliográficas

- Abreu-Mota, 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 práticos* (pp. 49-65). Porto Alegre: Artmed.
- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico comportamental. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 1*(2), 71-79. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Banaco, R. A. (2001). Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. Em H. J. Guilhardi et. al (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 210-217). Santo André: ESETec.
- Baptista, M. N., Rigotto, D. M., & Calais, S. L. (2005). Suicídio: Epidemiologia, características, fatores de risco e medidas preventivas. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a Variabilidade* (pp. 350-359). Santo André: ESETec.
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia, 23* (3), 307-314.
- Brandão, M. Z. S., (2014). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com o comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*(2), 179-187.
- Bitondi, F. R., & Setem, J. (2007). A importância das habilidades terapêuticas e da supervisão clínica: uma revisão de conceitos. *Revista Uniara, 20*, 203-211. Recuperado de http://www.uniara.com.br/legado/revistauniara/pdf/20/RevUniara20_16.pdf.
- Botega, N. J. & Werlang, B. G. (2004) *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Werlang, B. G., da Silva Cais, C. F., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico, 37*(3), 5.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. São Paulo: Artmed.
- Colombini, F. A., & Pergher, N. K. (2009). Decisões Clínicas na Terapia Analítico-Comportamental. *Acta Comportamental, 17*(2), 235-253. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018881452009000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S., (2012). Eventos que o clínico analítico comportamental deve atentar nos primeiros encontros: das vestimentas aos relatos e comportamentos

- cl clinicamente relevantes. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 128-137.). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, N. (2003). Terapia: sofrimento necessário?. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5(1).
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que análise comportamental clínica? Uma introdução ao livro. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Delitti, M. (2001). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (org.). *Sobre o comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, (pp. 35-42). São Paulo: ARBytes.
- Delitti, M. (2005). A relação terapêutica na terapia comportamental. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a Variabilidade* (pp. 360-369). Santo André: ESETEC.
- Del Prette, G., & Almeida, T. A. C., (2012). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 147-159.). Porto Alegre: Artmed.
- Dutra, A. (2010). Esquiva Experiencial na relação terapêutica. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.
- Vettorazzi, A., Frare, E., Souza, F. C., Queiroz, F. P., Luca, G. G., Moskorz, L. & Kubo, O. M. (2005). Avaliação de um programa para ensinar comportamento empático para crianças em contexto clínico. *Interação em Psicologia*, 9(2) pp. 355-369.
- Frasson, A. P., & Nery, L. B. (2018). Quero ser uma pessoa leve – a relação terapêutica e a terapia de aceitação e compromisso como recursos de intervenção em um caso de inabilidade social. Em A. K. C. R. de Farias, F. N. Fonseca & L. B. Nery (Org.), *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica* (pp. 267-283). Porto Alegre: Artmed.
- Fukumitsu, K. O. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), pp. 270-275. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 10(1).
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas* (R. R. Kerbauy, Trad. Org.). Santo André: ESETEC. (Obra original publicada em 1991).
- Kovac, R., Zamignani, D. R., & Avanzi, A. L. (2009). Análise do Comportamento Verbal Relacionais e algumas implicações para a Clínica Analítico-Comportamental. Em R. C.

- Wielenska (Org.), Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos (pp. 314-324). Santo André: ESETec.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). Avaliação Funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109.). Porto Alegre: Artmed.
- Lima, E. R. (2007). O papel da relação terapêutica para o sucesso da terapia. Recuperado de <http://repositorio.uniceub.br/handle/123456789/2925>.
- Marmo, A. (2012). A que eventos o clínico analítico-comportamental deve estar atento nos encontros iniciais?. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 119-127.). Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105-118. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452002000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Meyer, S. (2001). A relação terapeuta-cliente é o principal meio de intervenção terapêutica?. Em H. J. Guilhardi et al. (Org.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 95-98). Santo André: ESETec.
- Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. D., & Ronzani, T. M. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25-31.
- Moreira, A. S. (2003). Função da relação terapêutica na teoria comportamental. Recuperado de <http://repositorio.uniceub.br/handle/123456789/3041>.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nóbrega, L. G., & Bueno, G. N. (2005). Anorexia nervosa e tentativa de suicídio pela perspectiva da análise do comportamento. Em C. Vichi... [et al.], *Comportamento em foco 3*, (pp. 25-42.). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC.
- Peron, F., & Lubi, A. P. L. (2012). Instâncias da relação terapêutica medidas a partir de um instrumento de categorização. *Acta Comportamentalia*, 20(1), 109-123. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018881452012000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Pezzato, F. A., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 74-84.
- Prudêncio, M. R. A., & Cardoso, A. L. (2018). Enfrentamento da esquivia social por meio da terapia de aceitação e compromisso. Em A. K. C. R. de Farias, F. N. Fonseca & L. B.

- Nery (Org.), Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica (pp. 296-317). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, L. P. (2006). *Análise funcional de relatos sobre tentativas de suicídio*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Pontifícia Universidade Católica, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Rose, J. C. (2012). Análise comportamental da aprendizagem de leitura e escrita. *Revista Brasileira de análise do Comportamento*, 1(1), 29-50.
- Santos, G. Morales., Santos, M. R. Martins., & Marchezini-Cunha, V. (2012). A escuta cautelosa nos encontros iniciais: a importância do clínico analítico comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 138-146.). Porto Alegre: Artmed.
- Sidman, M. (2009). Coerção e suas implicações. (M. A. Andery e T. M. Sério, Trad). Editora: Livro Pleno. (Obra original publicada em 1989).
- Silva, C. M. A., & Cardoso, A. L. (2018). Intervenções clínicas em um caso de comportamentos autolesivos: um estudo de caso. Em A. K. C. R. de Farias, F. N. Fonseca & L. B. Nery (Org.), Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica (pp. 332-353). Porto Alegre: Artmed.
- Skinner, B. F. (2003). Ciência e comportamento humano. (J. C. Todorov e R. Azzi, Trad). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).
- Vandenberghe, L., & Borges, P. M. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), 127-136.
- Vandenberghe, L., & Valadão, V. C. (2013). Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 126-135.
- Vandenberghe, L. (2017). Três faces da Psicoterapia Analítica Funcional: Uma ponte entre análise do comportamento e terceira onda. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3).
- Wielenska, R. C. (2001). Terapeuta e cliente: exercendo a difícil arte da sobrevivência ao ato suicida. Em H. J. Guilhardi et. al (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 104-109). Santo André: ESETec.
- Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Org.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 160-165.). Porto Alegre: Artmed.
- 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: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 234-246). Santo André: SET.

Zilio, D. (2011). Algumas considerações sobre a terapia de aceitação e compromisso (ACT) e o problema dos valores. *Revista Perspectivas*, 2(2), pp. 159-165.