

Os Sentimentos da Terapeuta Comportamental como Estratégia da Relação Terapêutica

Lorena S. Carvalho e Artur V. Pitanga

Centro Universitário Unievangélica de Anápolis

Resumo

Este artigo teve como objetivo investigar sobre como os sentimentos da terapeuta, oriundos da relação terapêutica, podem contribuir para análises funcionais, percepção da interação com o paciente, levantamento de hipóteses, formulações de perguntas e o alcance de objetivos na terapia comportamental. Trata-se de uma pesquisa que apresenta um relato de experiência clínico, de cunho qualitativo e exploratório. A pesquisa realizou-se na clínica escola do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, através de sessões de psicoterapia com duração de cinquenta minutos. Os procedimentos realizados incluem análises funcionais das contingências da vida dos pacientes, utilizando a abordagem comportamental com foco nas terapias contextuais. Pode-se notar que a utilização de técnicas vivenciais, escala de avaliação dos valores, ficha de regulação emocional de felicidade, questionamentos reflexivos, metáforas, escuta atenta, interação reforçadora e descrição dos sentimentos da terapeuta em cada sessão, podem contribuir para a evolução da terapia. O terapeuta pode vivenciar sentimentos como medo, receio, incômodo, desvalorização, raiva, ansiedade, empatia, coragem, valorização, gratidão, compaixão, satisfação, compreensão, alegria e amor pelo paciente durante as sessões, compreendendo como o paciente pode ser capaz de estabelecer conexão com a terapeuta e vivenciar sentimentos e memórias aversivas. Os pacientes podem apresentar melhoras significativas em determinados aspectos, como a conexão emocional com a terapeuta, contato com sentimentos e memórias aversivas, comparecimento às sessões e engajamento no processo terapêutico. Ainda, podem apresentar novos repertórios comportamentais que podem ser incluídos como parte do objetivo terapêutico. Pode-se observar que através de intervenções terapêuticas e engajamento dos pacientes, obtêm-se resultados significativos de melhoras, dentro de suas possibilidades.

Palavras- Chave: terapia comportamental, terapias contextuais, relação terapêutica

Abstract

This article aims to investigate how the therapist's feelings, derived from the therapeutic relationship, can contribute to functional analyzes, perception of interaction with the patient, hypothesis collection, question formulations and goal achievement in behavioral therapy. It is a research that presents an account of clinical experience, of a qualitative and exploratory nature. The research was carried out in the school clinic of the UniEVANGÉLICA University Center, through sessions of psychotherapy with duration of fifty minutes. The procedures performed include functional analyzes of patient life contingencies using the behavioral approach focused on contextual therapies. It may be noted that the use of experiential techniques, ranking of values evaluation, emotional regulation of happiness, reflexive questioning, metaphors, attentive listening, reinforcing interaction and description of the therapist's feelings in each session can contribute to the evolution of therapy. The therapist can experience feelings of fear, fear, discomfort, devaluation, anger, anxiety, empathy, courage, appreciation, gratitude, compassion, satisfaction, understanding, joy and love for the patient during the sessions, understanding how the patient may be able to establish connection with the therapist and experiencing feelings and aversive memories. Patients may present significant improvements in certain aspects, such as emotional connection with the therapist, contact with feelings and aversive memories, attendance at sessions and engagement in the therapeutic process. In addition, they may present new behavioral repertoires that can be included as part of the therapeutic goal. It can be observed that through therapeutic interventions and patient engagement, significant results of improvements are obtained, within their possibilities.

Key words: behavioral therapy, contextual therapies, therapeutic relationship

INTRODUÇÃO

Trata-se de artigo para conclusão de curso de graduação em psicologia, tendo como base metodológica o relato de experiência clínica e a pesquisa de cunho qualitativo, em paralelo com uma revisão bibliográfica suficiente sobre terapia comportamental e relação terapêutica. Aborda a temática dos sentimentos da terapeuta iniciante como consequência das interações com o paciente durante um processo de terapia. Sendo assim, o fator necessário a ser investigado será como os sentimentos da terapeuta, em sentido behaviorista, oriundos da relação terapêutica, podem contribuir para o alcance de objetivos na terapia comportamental.

Os atendimentos, as supervisões, as decisões técnicas e reflexões teóricas teve como referencial a análise do comportamento e o behaviorismo radical. A pragmática das atuações clínicas teve como perspectiva principal a terapia comportamental e seu desdobramento nas terapias contextuais, ou terapias de terceira geração.

A presente pesquisa tem como desígnio teórico, a princípio, apresentar sucintamente duas terapias situadas na terceira geração: FAP (Psicoterapia Analítico Funcional) e ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso). Como técnica e procedimentos indicados para intervenção no processo terapêutico em questão, foram utilizados os recursos destas duas terapias citadas acima.

REFERENCIAL TEÓRICO

A terapia comportamental apresenta um percurso histórico com significativa influência de pesquisadores oriundos de várias partes do mundo. No início do século XX, Bechterev e Pavlov realizaram estudos e experimentos sobre os condicionamentos respondentes em cães, fundamentando que todos os tipos de comportamentos do ser humano, sendo voluntário ou involuntário, inato ou aprendido, poderiam ser entendidos pelo conceito de reflexo (Leonardi, 2015).

Na década de 1920, estudos foram realizados sobre reações emocionais aversivas, como o medo ou fobias, por John Watson que condicionaram resposta de medo em um bebê (o caso do Pequeno Albert), descobrindo os processos de generalização respondente, e logo depois o descondicionamento de medos infantis por Mary Cover Jones em 1924 (Barcellos & Raydu, 1998).

As pesquisas continuaram e a psicologia apresentou desenvolvimento vertiginoso a partir de significativas descobertas no campo do comportamento. Entre as décadas de 1930 e 1950, os métodos da terapia comportamental que tinham por base o paradigma respondente, estavam sendo desenvolvidos e utilizados em consultórios, Skinner, por sua vez, realizava seus estudos sobre comportamento operante, descobrindo os processos comportamentais básicos, como o reforçamento, a discriminação, entre outros (Leonardi, 2015).

De acordo com Barcellos e Raydu (1998) um marco decisivo para o desenvolvimento da terapia comportamental foi o trabalho de Joseph Wolp na África do Sul, por volta da década de 1950, ao desenvolver técnicas comportamentais para tratamento de ansiedade e dessensibilização sistemática. Ainda, segundo os mesmos autores, outro marco interessante nesta década, foi a publicação de Skinner (1957) da obra “O Comportamento Verbal”, que motivou estudos posteriores sobre comportamento verbal como um comportamento operante, dado importante para a compreensão da interação entre terapeuta e paciente.

Nesse sentido, a partir das descobertas de princípios comportamentais, provenientes das pesquisas de Pavlov, Watson, Skinner e Wolp, entre outros, as características fundamentais da terapia comportamental inicialmente eram: a atuação do terapeuta visava eliminar comportamentos respondentes aversivos do paciente, como medos e ansiedade (paradigma respondente); ensinavam habilidades de interação em contextos sociais em função de uma perspectiva operante (paradigma operante); fundamentavam seus passos teóricos e práticos com base em evidências; e, validavam a atuação com resultados apresentados à comunidade científica.

Indícios de mudanças profundas na terapia comportamental começam a aparecer na década de 1960, haja vista que “a maior experiência dos terapeutas comportamentais com o contexto clínico levou-os a se preocupar com temas comuns às psicoterapias tradicionais, tais como: a relação terapeuta-cliente, a queixa relatada pelo cliente” (Kazdin, 1978, citado por Barbosa & Borda, 2010, p. 66). Surge entre os terapeutas comportamentais da época preocupação inicial com temas amplos (sentido da vida, sonhos, subjetividade, etc.) comuns as outras vertentes de terapia.

Na década de 1970, houve continuidade na aplicação das técnicas comportamentais, como adessensibilização sistemática para o tratamento das fobias, há o surgimento da terapia cognitiva, a partir da teoria de aprendizagem social. Nessa época muitas pesquisas foram realizadas, destacando estudos sobre autocontrole (tabagismo, obesidade e alcoolismo) e terapia sexual (Barcellos & Raydu, 1998).

Como referência, ainda em com base em Barcellos e Raydu (1998), década de 1980 houve progressos significativos na área do comportamento verbal e o surgimento de abordagens terapêuticas vivenciais, desenvolvidas por Steven Hayes (ACT –sigla inglês para *acceptanceandcommitmenttherapy*) e Kohleberg e Tsai (FAP sigla inglês *functionalanalyticpsychotherpay*)precisamente em 1987.

A partir de um percurso histórico, que atravessa quase todo o século XX, chega-se a uma definição (não necessariamente consensual) e objetivos da terapia comportamental na atualidade. Guilhardi (2004) compreende que a terapia comportamental é um processo que utiliza técnicas comportamentais e procedimentos, com o objetivo de modificar o comportamento da queixa trazida pelo cliente, ou de pessoas relevantes que fazem parte do seu círculo social. Ainda conforme Guilhardi (2004) o terapeuta comportamental deve ampliar seu campo de investigação, abarcando os repertórios comportamentais mais vastos do cliente e as relações desses repertórios com eventos punitivos e/ou reforçadores presentes no ambiente.

Importante entender, a partir de Farias (2010), que para alguns autores, as expressões “Terapia Comportamental” e “Modificação do Comportamento” (aplicação de técnicas específicas para comportamentos específicos) são tratados como sinônimas, e isso prejudica o entendimento de que a prática atual dos analistas do comportamento consiste em muito mais do que aplicação de técnicas. Ainda, nos tempos atuais, a terapia comportamental utiliza-se de diversos procedimentos terapêuticos, mas com a atenção voltada principalmente para a relação construída entre o cliente e terapeuta, em que o cliente tem um papel ativo em seu próprio tratamento.

A partir da década de 1980, o movimento da terapia comportamental compreendeu três ondas ou gerações. Necessário se faz,ressaltar algumas características desse movimento da terapia comportamental que está em amplo crescimento.

De acordo com Vandenberghe (2007) a primeira geração da terapia comportamental teve início na década de 1950 como um movimento social, os princípios comportamentais, especificamente o comportamento operante, eram realizados de forma mais sistemática em função de mudança de comportamentos de pessoas institucionalizadas, como doentes psiquiátricos ou com desenvolvimento atípico, e também com pessoas que não eram institucionalizadas, o que proporcionou a elaboração de pesquisas, documentadas em artigos revisados por seus pares. Esse movimento ficou marcado como a primeira geração de terapias comportamentais.

Guilhardi (2012) observa que a primeira geração da terapia comportamental foi um movimento contrário e crítico à perspectiva clínica que prevalecia na época, e que não estavam fundamentadas a partir de princípios básicos testados cientificamente.

Hayes (2004, citado por Santos, Gouveia & Oliveira, 2015) enfatiza que as intervenções que eram utilizadas careciam de comprovações científicas, então as duas vertentes comportamentais da época, o neobehaviorismo e a análise do comportamento, que se apoiavam fortemente em comprovações científicas, se uniram contra os padrões clínicos predominantes.

Os analistas do comportamento utilizaram no consultório processos de reforçamento que eram organizados para ensinar comportamentos considerados por eles como adequados (Vandenberghe, 2007). Sendo assim, logo perceberam que a terapia comportamental estava mais focada no modelo de aprendizagem, não lidando com a cognição humana, desta forma, a primeira geração foi dando espaço a segunda geração (terapia comportamental e cognitiva), conforme os conceitos cognitivos eram apresentados para o centro da psicoterapia comportamental (Hayes, 2004, citado por Santos, Gouveia & Oliveira, 2015). Vandenberghe (2007) ressalta que

“os terapeutas comportamentais da primeira onda estavam mais interessados nas respostas emocionais subjacentes ao comportamento depressivo e aos problemas de relacionamento. Concluíram que o paradigma operante tinha uma validade questionável para o tratamento dos problemas que eles enfrentaram no consultório (p.90)”.

Pereira e Rangé (2011) informam que a terapia cognitiva foi desenvolvida no período de 1959 a 1979, por Aaron Beck, que era psicanalista, junto a outros estudiosos. Inicialmente, pretendiam estudar sobre qual o processo psicológico que estava envolvido nas depressões. A Terapia Cognitiva trabalha com identificação e reestruturação em três níveis de cognição, os pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares, e tem como pressupostos básicos de que a atividade cognitiva do indivíduo influencia o comportamento, pode ser monitorada e alterada, e que as mudanças na cognição, podem causar mudanças no comportamento.

Em seu amplo desenvolvimento, a Terapia Cognitiva passou de uma terapia focada em pacientes depressivos, para uma terapia voltada para diversos tipos de transtornos psicológicos, apresentando resultados nos estudos empíricos realizados com várias pessoas (Barbosa, Terroso & Argimon, 2014).

A terceira geração de terapias comportamentais difere fundamentalmente em relação ao aspecto da origem da cognição humana e dos sentimentos (aspectos subjetivos do comportamento), e retoma as contribuições da primeira geração. Possui um foco na subjetividade, com a diferença de que a ênfase não seja mais o conteúdo, mas sim o contexto/ambiente dos pensamentos, sentimentos e sensações (Barbosa & Murta, 2014).

A terceira geração da terapia comportamental teve início reconhecido na década de 1990, com o objetivo de resgatar os aspectos da primeira geração, se opôs ao paradigma cognitivista quase predominante, rejeitou as formalidades de tratamento e priorizou o comportamento verbal como uma das origens do sofrimento humano (Malavazzi, 2011).

A terapia de terceira geração não é determinada somente por técnicas, mas, sobretudo, pelo processo terapêutico e pela perspectiva clínica que o guia, além da genuinidade do relacionamento entre terapeuta e paciente (Vandenberghe, 2011). Dentre as terapias contextuais, estão a TCD (Terapia Comportamental Dialética), a FAP (Terapia Analítica Funcional) e a ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso). Nos parágrafos a seguir, de forma resumida, as características da FAP e da ACT.

A FAP é uma terapia que estabelece uma exigente relação entre terapeuta e cliente. Compreende-se a FAP como uma terapia bidirecional, onde o terapeuta também passa por transformações no decorrer do processo terapêutico. Esta forma de terapia comportamental diferencia-se das terapias comportamentais tradicionais, no sentido de oferecer pontos norteadores (regras) para que o terapeuta possa observar, evocar e reforçar naturalmente repertórios comportamentais assertivos dos clientes, para que assim, esses comportamentos sejam generalizados no contexto de vida do cliente fora da terapia, e é essencial que o terapeuta perceba e responda efetivamente aos comportamentos problema e também os comportamentos assertivos do cliente (Tsai, Kohlenberg & Callaghan, 2013). Isso significa que o terapeuta deve responder e modelar repertórios comportamentais utilizando como princípio o reforço positivo.

A ACT, de acordo com Finger (2015), utiliza mecanismos de aceitação e *mindfulness* para a análise de contingências, preconiza a mudança de comportamento como desenvolvimento e alcance de flexibilidade psicológica. Em uma perspectiva ACT o fato da pessoa se esquivar de experiências desagradáveis caracteriza a rigidez ou inflexibilidade psicológica, motivo principal para a evolução de transtornos mentais.

Terapeutas ACT não privilegiam diretamente a mudança do comportamento ou o impacto que os sentimentos e pensamentos possuem sobre ele, valorizam uma terapia que preza pela relação que a pessoa tem com os fenômenos psicológicos (pensamentos,

sentimentos, percepções, regras, etc.) (Hayes, 2008). Trata-se de um estilo de terapia que tem apresentado resultados surpreendentes, ligado diretamente às alterações do comportamento do indivíduo (Barbosa & Murta, 2014).

O tema proposto é “os sentimentos da terapeuta na terapia comportamental como estratégia na relação terapêutica”. A terapeuta, responsável pela presente pesquisa, abordou sobre seus próprios sentimentos, a partir de um relato de experiência clínica, dando ênfase à instrumentais terapêuticos da FAP e da ACT, como: amor, coragem, consciência, aceitação e valores. Tais conceitos serão definidos de acordo com a perspectiva das terapias comportamentais de terceira geração e relacionados aos sentimentos vivenciados pela terapeuta no contexto do processo terapêutico.

O objetivo do presente artigo de conclusão de curso é colaborar, a partir dos resultados alcançados, com aspectos da relação entre terapeuta e paciente, aspectos estes valorizado pelas terapias de terceira geração. Além do mais, compreender os sentimentos da terapeuta como alguém que, além do paciente, passa por transformações profundas em um processo exigente e evolvente de terapia comportamental.

Justifica-se, neste contexto acadêmico, um relato de experiência em meio a escassez de dados e publicações sobre sentimentos de profissionais e terapeutas iniciantes, comparados a outros focos de pesquisa na análise do comportamento e terapia comportamental.

O trabalho em questão parte de uma vivência de uma terapeuta iniciante, que informa a partir de experiências de atendimento e supervisão semanal, o alcance da terapia comportamental e seus desdobramentos em “terceira geração”.

Sob essas considerações, leituras e os atendimentos clínicos proporcionaram os surgimentos da seguinte pergunta-problema: como os sentimentos da terapeuta podem ser “usados” como recurso na terapia? As linhas que seguem apresentam respostas à esta pergunta.

MÉTODOS

O artigo em questão foi desenvolvido a partir de relato de experiência clínica, é descritivo e participante, pois a terapeuta descreveu seus sentimentos e suas ações envolvidos na relação terapêutica, frente aos relatos e comportamentos do paciente e analisou como esses fenômenos influenciaram na atuação clínica.

Trata-se de pesquisa qualitativa, pois aborda fenômenos difíceis de serem mensurados, considerando o tempo de execução de um trabalho de conclusão de curso de graduação. Os

procedimentos técnicos foram adotados a partir de leituras sistemáticas de referências bibliográficas relacionadas á terapia comportamental e orientações do professor – orientador da área.

Participantes

Apresenta-se como sujeito da pesquisa própria terapeuta em processo de estágio supervisionado, 24 anos de idade, sexo feminino, mãe (em estágio de gestação), residente na cidade de Anápolis, cursando o último período do curso de graduação em psicologia no Centro Universitário Unievangélica e estagiária em terapia comportamental na clínica escola da mesma instituição.

Instrumentos

Para a presente pesquisa, utilizou-se de materiais básicos, folhas Chamex A4, caneta, lápis, borracha e notebook. Entre as técnicas que foram utilizadas durante os atendimentos e supervisões, incluem a análise funcional das contingências da vida do paciente, aplicação do *ranking* de valores, ficha de regulação emocional de felicidade, questionamentos reflexivos, metáforas, técnicas vivenciais, escuta atenta interação reforçadora e descrição dos sentimentos da terapeuta em cada sessão.

Procedimentos

Foi realizado um estudo bibliográfico a respeito das terapias de terceira geração como norte teórico e base de reflexões. Os dados coletados foram através das sessões de terapia, descrição dos sentimentos da terapeuta e supervisões dos casos clínicos,

As sessões de terapia aconteciam uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada atendimento. Durante as sessões foram realizadas análises funcionais das contingências da vida dos pacientes, aplicação do *ranking* de valores, ficha de regulação emocional de felicidade, questionamentos reflexivos (perguntas que envolvem a busca de clareza sobre a relação entre pessoa em contexto) metáforas (tato estendido), técnicas vivenciais (como auto revelação, por exemplo) escuta atenta e interação reforçadora (consequenciação com atenção e análise funcional de comportamentos relacionados aos objetivos terapêuticos).

Nas supervisões, eram promovidas discussões e reflexões sobre o processo terapêutico, e como o sentimento da terapeuta poderia influenciar na relação terapêutica e também como poderia ser utilizado de forma estratégica no processo da terapia.

A análise de dados foi realizada através das descrições de comportamentos que os pacientes apresentam geralmente, descrição dos sentimentos e ações que o terapeuta pode ter frente a esses comportamentos e os resultados obtidos como consequência dessas ações.

RESULTADOS

Através dos atendimentos clínicos, em determinadas situações, observou-se que os sentimentos da terapeuta contribuíram de forma eficaz no processo terapêutico. Ao identificar esses sentimentos, a terapeuta pode realizar análises funcionais e formular estratégias de intervenção frente problemas e sofrimentos dos pacientes emitidos durante a sessão. Diante dos comportamentos dos pacientes, as técnicas e intervenções utilizadas contribuíram positivamente para a obtenção melhoras e alcance de objetivos terapêuticos.

Na tabela abaixo, segue comportamentos de um dos pacientes atendimentos no estágio, que podem surgir dentro da sessão, sentimentos e ações que a terapeuta pode ter frente a esses comportamentos, e posteriormente, os resultados dessas ações.

Tabela 1 - Sequência do processo terapêutico

Comportamento do paciente	Sentimento da terapeuta	Ações da terapeuta/ Técnicas utilizadas	Resultados
Desejo de morte e religiosidade acentuada;	Receio e medo	Aplicar questionário de valores;	Identificação do que possui de mais valor para o paciente, e utilizar a religiosidade como fator de proteção;
Paciente que tem como valor, além da religiosidade, ter uma boa saúde e não possui ações que o levem a ter melhor qualidade de vida; Dificuldade de entrar em contato com sentimentos e memórias aversivas;	Empatia	Intervir com perguntas reflexivas e criar contexto de reflexão; Estabelecer vínculo na relação terapêutica através da compreensão e respeitar o tempo do paciente sem que ele se esquivasse sempre do assunto;	Paciente observa necessidade de cuidar do próprio corpo, pois acredita que Deus deixou o corpo dela sob sua responsabilidade para ser cuidado; Ser empática e agir com amor durante as sessões proporciona maior estabelecimento de vínculo;
Dificuldade de confiar na terapeuta;	Empatia e coragem	Utilizar do meu próprio sentimento e fazer autorrevelação;	Através da autorrevelação, paciente apresenta confiança na terapeuta e fala sobre vivências passadas conflituosas;
Relatos de vivências muito difíceis no passado;	Compaixão	Escuta atenta; Interação reforçadora; reforçar o comportamento de verbalizar essas vivências	Paciente mantém comportamento de entrar em contato com sentimentos e memórias aversivas;

		e agradecer a confiança por contar tais experiências;	
Relatos de desânimo e desprazer em realizar qualquer atividade;	Compreensão	Investigar o que costumava dar prazer no paciente e propor tal atividade como tarefa de casa;	Paciente realiza as tarefas, mostrando mobilidade e maior disposição em realizar tais atividades;
Queixas de sofrimentos atuais, acompanhadas do engajamento à terapia e realização de atividades que sejam benéficas a saúde;	Satisfação	Reforçar o fato do paciente se cuidar, mesmo que esteja sofrendo. Isso mostra que ele tem feito algo por ele mesmo;	Paciente se valoriza, e percebe que mesmo que em momentos de sofrimento, ele continua se cuidando;
Comportamentos de agressividade e impulsividade que surgem na sessão, acompanhada de queixas de dificuldade de manter relações sociais;	Incômodo	Fazer análise funcional e mostrar o que aconteceu naquele momento e dizer como me senti, e que as pessoas poderiam se sentir desta forma diante de tais comportamentos; fazer uso de metáforas e ensino de habilidades sociais;	Paciente identifica reações agressivas, podendo ter maior controle sobre tais comportamentos;
Cansaço e sonolência na terapia;	Gratidão e valorização	Reforçar o comportamento do paciente ter comparecido a sessão, apesar do cansaço. Mostrar minha gratidão e dizer queme senti valorizada por isto.	Paciente mantém comportamento de ser frequente às sessões;
Pensamentos persecutórios e/ou alucinações auditivas;	Compreensão	Fazer uso de metáforas (ex: céu, tabuleiro), mostrar que o paciente não precisa acreditar nos pensamentos;	Paciente consegue perceber os pensamentos e não acreditar neles;
Paciente que se desvaloriza e se sente desvalorizado	Desvalorização	Enfatizar pontos positivos do paciente e mostrar o que ele tem de bom; proporcionar contexto validante;utilizando meu sentimento e mostrar como o valorizo, citando situações em que agi com amor para com o paciente;	Paciente recebe na terapia o que não recebe fora do contexto da terapia, desta forma, identifica pontos positivos que ele possui, e se valoriza por aquilo; Paciente reconhece a valorização que o terapeuta oferece, observando novo contexto de validação;
Paciente citar o terapeuta como uma das pessoas mais importantes que já conheceu;	Gratidão	Proporcionar contexto validante na terapia e agradecer pelo empenho e engajamento do paciente na terapia;	Fortalecimento da relação terapêutica;
Paciente que possui dificuldade de identificar algo que o faça feliz;		Aplicação da atividade de MarshaLinehan sobre Regulação Emocional de felicidade;	Paciente observa fatores nos quais se identificam que façam com que eles se sintam felizes;

Paciente que possui grande sentimento de injustiça, que afeta seu humor;	Compreensão	Escuta atenta; formulação de perguntas e reflexões acerca do sentimento de injustiça; fazer autorrevelação;	Paciente se volta para qualidades que são suas e compreende que nem todos pensam como ele;
Conflitos conjugais com dificuldade de comunicação;	Compreensão	Treino de comunicação assertiva;	Paciente emite comportamento fora do contexto da terapia que fora treinado durante as sessões;
Sentimento de abandono por todo o ciclo social;	Desvalorização e raiva	Perguntas reflexivas; mostrar ao paciente o quanto tenho sido presente;	Paciente observa que de fato, não foi abandonada por todos;
Paciente que chega ao consultório exaltado e/ou possui dificuldade de reconhecer seu estado corporal atual;	Ansiedade	Propor técnica de <i>mindfulness</i> dentro da sessão e passá-la como tarefa de casa;	Paciente identifica as sensações corporais, pode desenvolver maior controle sobre elas e sobre a respiração e pode se acalmar diante de estado de humor exaltado;
Paciente não se sente amado;	Amor	Questionar o que é o amor pro paciente; mostrar que as pessoas amam de diferentes formas e expor o amor que eu sinto em relação ao paciente, não como sentimento em si, mas como comportamento operante;	Paciente identifica, não somente no contexto da terapia, como fora da terapia, situações em que as pessoas agiram com amor para com ele;
Paciente se sente mais triste em determinada época do ano;	Compreensão	Escuta atenta, formulação de perguntas e análises funcionais;	Paciente passa a identificar o motivo de tais sentimentos virem em determinada época;
Paciente que sente necessidade de controlar todas as situações, e sente ansiedade quando algo sai do controle;	Compreensão e empatia	Fazer análises funcionais; agir com coragem e fazer autorrevelação de um momento em que perdi o controle de determinada situação;	Paciente identifica que não terá o controle de todas as situações, tendo em vista que de fato muitas coisas estão fora do seu controle por depender de outras pessoas ou de outras situações; através da prática de <i>Mindfulness</i> , paciente passa a obter maior controle sobre as crises de ansiedades.
Paciente apresenta melhora na sessão, faz análises funcionais;	Satisfação e alegria	Reforçar o fato de o paciente mostrar engajamento na terapia e oferecer feedback de suas conquistas;	Paciente identifica suas conquistas e percebe que foram suas, havendo maior incentivo em buscar mais mudanças;

A tabela 1 apresenta a vivência terapêutica de um dos pacientes atendidos na clínica escola e como, a partir desses atendimentos, a terapeuta compreendeu seus próprios sentimentos, observando-os como consequências de uma interação interpessoal complexa. Além do mais, foi escolhido nomes, de acordo com a comunidade sócio verbal da terapeuta como indicação desses sentimentos: compreensão, raiva, amor, medo, empatia, entre outros. A tabela 1 ilustra as reflexões e prescrições nos parágrafos seguintes.

Através dos relatos dos pacientes, dos sentimentos vivenciados pelo terapeuta durante os atendimentos clínicos, e das supervisões realizadas semanalmente, foi possível fazer análises funcionais e formular estratégias de intervenção para os atendimentos com os pacientes.

Observou-se que pacientes que apresentam religiosidade e trazem relatos de desejo de morte, pode ter como fator de proteção a própria religião, pois geralmente, diante das crenças, as pessoas acreditam que ao cometer o suicídio, estaria impossibilitando sua entrada no paraíso, de acordo com a teologia cristã. A terapeuta pode atuar de acordo com os valores que o paciente possui, utilizando valores religiosos como fator de proteção em benefício do paciente.

Terapeutas podem fazer perguntas reflexivas para pacientes religiosos e que desejam ter boa saúde, mas não se mobilizam para que isso aconteça, proporcionando contexto de reflexão e auto-observação. Foi possível notar que pacientes que possuem essas características, perceberam a importância do cuidado com o corpo, mostrando mobilidade e criando formas de manter a saúde.

Com pacientes que ainda não confiavam na terapeuta e possuíam dificuldade de entrar em contato com sentimentos e memórias aversivas, observou-se necessidade de estabelecimento de vínculo terapêutico. Nessas situações, a terapeuta sentiu empatia e buscou estabelecer forte conexão com os pacientes, respeitando seu tempo, incentivando a emissão de verbalizações de situações traumáticas do passado, formulando perguntas cautelosas para adentrar no assunto evitado pelo paciente, como por exemplo: “de 0 a 10, o quanto você consegue dizer para mim sobre essa situação?” Ainda, a terapeuta percebeu necessidade de agir com coragem em determinadas situações, fazendo autorrevelação a respeito de sua própria história de vida e sentimentos vivenciados, o que proporcionou maior confiança dos pacientes na terapeuta nas próximas sessões, e também se apresentaram mais dispostos a relatar sentimentos e memórias aversivas.

Através desses relatos, que até então eram difíceis de serem emitidos pelos pacientes, a terapeuta sentiu compaixão e gratidão pelos pacientes, por terem confiado assuntos tão

difíceis de serem ditos. A terapeuta proporcionou uma interação reforçadora e agradeceu aos pacientes por terem lhe confiado tal situação, e que era um passo muito importante na terapia. Observou-se que os pacientes mantiveram o comportamento de entrar em contato com os sentimentos e memórias aversivas, sem hesitar em contar a terapeuta.

Em casos de pacientes que apresentam desânimo frequente e desprazer em realizar quaisquer atividades, a terapeuta investigou quais atividades costumavam dar prazer aos pacientes, e propôs como tarefa de casa, fazer tais atividades. Os pacientes mostraram-se engajados e mobilizados a fazerem a tarefa de casa, e com o tempo, foi adquirindo prazer em realizá-las novamente. Análise funcionais e consequenciação positiva (reforço positivo) foram realizadas a fim de instalar esses comportamentos desejáveis. E quando os pacientes apresentavam queixas de sofrimentos atuais, acompanhadas de engajamento na terapia e realização de atividades, a terapeuta reforçou o comportamento dos pacientes de autocuidado, como exercícios físicos, alimentação adequadas, continuar a terapia, entre outros.

Houve pacientes que apresentaram episódios durante as sessões de agressividade e impulsividade (falar em tom alto, chingar, fazer gestos bruscos com as mãos, etc.) que são acompanhadas de queixas de dificuldade de manter relações sociais. Em situações assim, a terapeuta sentiu incômodo no contexto da terapia. Nesses episódios foram realizadas análises funcionais com o paciente, mostrando o que aconteceu na sessão. Terapeuta agiu com amor e coragem (compreensão e assertividade). Nesses momentos a terapeuta dizia como se sentia frente ao comportamento emitido pelo paciente, e que no contexto fora da terapia, outras pessoas poderiam se sentir desta mesma forma, por esta razão, o paciente teria dificuldade de estabelecer relações sociais harmoniosas (análise funcional e paralelo entre o que acontece na sessão e o ambiente cotidiano do paciente).

Quando o paciente apresenta cansaço e sonolência na terapia, a terapeuta pode se sentir agradecida e valorizada por ele simplesmente ter comparecido a sessão. Nesses casos, é importante que o terapeuta reforce o comportamento do paciente de comparecer a sessão, agradecendo e valorizando, dizendo que mesmo estando cansado e com sono, ele decidiu ir a terapia.

Pacientes que possuem pensamentos persecutórios e/ou alucinações auditivas, o terapeuta pode fazer uso de metáforas, como por exemplo, a do céu e do tabuleiro de xadrez (ACT), mostrando que o paciente pode pensar em tais coisas e/ou situações, mas que não necessariamente precisaria acreditar nesses pensamentos, pois se tratavam apenas de pensamentos de situações que não são reais. Observou-se que pacientes com essas

características, conseguiram perceber os pensamentos, e optaram por não acreditar neles (aceitação).

Em situações em que o paciente se desvaloriza e sente-se desvalorizado por todas as outras pessoas, o terapeuta mesmo pode se sentir desvalorizado diante da visão que o paciente possui, pois é como se seu trabalho e esforço não tivessem sendo reconhecido pelo paciente mesmo com tanto empenho.

Houve momentos em que o paciente citou a terapeuta como uma das pessoas mais importantes que já passaram por sua vida. Nessa ocasião, a terapeuta sentiu gratidão pelo relato do paciente e proporcionou mais contextos validantes, agradecendo o empenho e engajamento do paciente na terapia. Observou-se que os pacientes ficavam mais conectados afetivamente à terapeuta, situações que fortaleciam a relação terapêutica.

Quando o paciente possui dificuldades de identificar situações que os deixam felizes, o terapeuta pode aplicar uma atividade de Regulação Emocional de felicidade, em que o paciente irá refletir sobre situações que os deixaram felizes em determinados momentos da vida. Em pacientes que apresentaram sentimento de injustiça e que o humor é alterado devido a este sentimento, a terapeuta sentiu compreensão e pode realizar escuta atenta, formulação de perguntas reflexivas acerca do sentimento de injustiça, e quando o terapeuta vivencia sentimentos semelhantes, pode agir com coragem e fazerautorrevelação. Observou-se que o paciente obteve capacidade de reconhecer qualidades que eles possuíam, e compreendiam que nem todas as pessoas pensavam e agiam como eles.

Em pacientes que vivenciam conflitos conjugais e dificuldade de comunicação, o terapeuta pode realizar treino de comunicação assertiva dentro da terapia, e o paciente pode emitir habilidades de comunicação fora do contexto da terapia, obtendo maior sucesso no diálogo com o parceiro. Quando o paciente relata sentimento de abandono por todo o ciclo social, o terapeuta pode se sentir desvalorizado e também com raiva, tendo em vista que o paciente não considera a presença e dedicação da terapeuta como uma pessoa presente em seu ciclo social. A terapeuta pode mostrar ao paciente o quanto tem sido presente, e que ela não o abandonou. Desta forma, os pacientes observam que de fato, não foram abandonados por todos, e podem mudar sua percepção.

Pacientes que chegam ao consultório, apresentando comportamento agitado e/ou possuem dificuldade de reconhecer seu estado corporal atual, a terapeuta pode sentir ansiedade devido ao comportamento acelerado emitido pelo paciente, e pode propor a técnica de *Mindfulness* para ser realizada dentro da sessão e também passada como tarefa de casa. Como resultado, o paciente passa a identificar suas sensações corporais, também sobre sua

respiração, mostrando maior tranquilidade após a realização da técnica, e identificando não só dentro da terapia, como no contexto fora da terapia, sentimentos e sensações corporais que controlam seu comportamento.

Em situações em que os pacientes não se sentirem amados por outros, a terapeuta pode questionar o que é o amor para o paciente. Nessa ocasião, a terapeuta ressaltou que as pessoas amam de diferentes formas e expôs o amor que ela sentia pelo paciente, não como sentimento em si, mas como um comportamento operante. O paciente identifica, não apenas no contexto da terapia, como também outras situações em que as pessoas agiram com amor para com ele. Quando o paciente apresenta certa tristeza em determinada época do ano, o terapeuta pode sentir compreensão, realizar escuta atenta, formular perguntas e fazer análises funcionais, buscando identificar o motivo do sofrimento em determinada época. O paciente consegue se lembrar e identificar situações que ocorreram, que poderiam desencadear o sentimento de tristeza, obtendo maior compreensão sobre o que ocorre na vida.

Quando os pacientes apresentaram sinais de melhoras na sessão e conseguiram fazer análises funcionais, a terapeuta sentiu-se satisfeita e feliz, e reforçou o comportamento de engajamento do paciente na terapia, oferecendo *feedback* de suas conquistas. Os pacientes reconheceram que foram conquistas advindas do seu próprio esforço, e sentiram-se mais incentivados em buscar mais mudanças.

Discussão

Através das leituras e estudos realizados sobre a relação terapêutica dentro terapias contextuais ou de terceira geração da análise do comportamento, e das experiências vivenciadas nos atendimentos clínicos realizados, pode-se observar que os procedimentos da FAP e da ACT utilizados durante os atendimentos, contribuíram significativamente para a adesão do paciente ao processo terapêutico, e principalmente para maior estabelecimento da relação terapêutica durante o processo.

A FAP originou-se da observação de que quando a relação entre terapeuta e cliente é mais genuína, o cliente apresenta melhoras significativas (Vandenberghe, 2017). Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017), afirmam que “a relação terapeuta-cliente é o principal meio de mudança nos processos da FAP” (p. 03). “A terapia analítico funcional tem sua base na investigação de como o reforçamento, a especificação de comportamentos clinicamente relevantes e a generalização podem ser obtidos dentro das limitações de uma situação típica de tratamento em consultório.” (Kohlenberg&Tsai, 2006, p. 27).

Na FAP, o cliente pode apresentar três tipos de comportamentos durante as sessões, chamados CCRs (Comportamentos Clinicamente Relevantes). Os CCRs são as respostas do cliente que ocorrem na relação terapêutica e que ocorrem também nos relacionamentos fora da terapia. Os comportamentos problemas que aparecem durante a sessão são chamados de CRB1s, e os comportamentos que apresentam como melhora, são chamados de CCR2s. CRB3s quando o cliente se torna cômico de seus comportamentos e também das contingências em que ele está envolvido. O CCR3 surge quando há o envolvimento da observação e interpretação do cliente sobre seu próprio comportamento e dos estímulos discriminativos, eliciadores e reforçadores que estão relacionados ao seu comportamento.

A FAP possui também as cinco regras, que orientam o terapeuta em sua prática clínica. São elas: 1) Observar os CCRs: Analisá-los funcionalmente; 2) Evocar os CCRs: Tanto os CCRs1 (criando condições na terapia para que ele possa aparecer) quanto os CRBs2; 3) Responder aos CCRs2: Reforçar os comportamentos de melhora do cliente; 4) Avaliar o efeito da resposta do terapeuta ao cliente: Confirmar o efeito reforçador do terapeuta, se o que o terapeuta faz, surte efeito no cliente; 5) Fornecer interpretações e estratégias de generalização: Observar a relação que se estabelece com o terapeuta e na relação do cliente com outras pessoas. (Popovitz& Silveira, 2014).

Ainda, Tsai, Kohlenberg e Callaghan (2013) afirmam que a relação terapêutica tem potencial de evocar os comportamentos dos clientes, pois estes compartilham experiências pessoais. Na maioria das vezes, não é interessante esperar que um CRB1 ou CRB2 aconteça de forma espontânea na sessão, e que o ideal seria o terapeuta evoca-los na sessão.

Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017), contam que foi desenvolvida uma estrutura (Amor, Coragem e Consciência), e que há um padrão de repetição que ocorrem nas relações íntimas, que é quando o indivíduo conta histórias, pensamentos, sentimentos, e tudo que se relaciona com particularidades que são dele, para outra pessoa. Trata-se de autorrevelação vulnerável, que se pode utilizar o termo “coragem” para defini-lo, e quando o outro que recebe a informação, responde com compreensão, empatia, zelo e apoio, pode-se definir com o termo “amor”.

Em situações que os pacientes apresentaram dificuldade de confiar na terapeuta, entrar em contato com sentimentos e memórias aversivas, queixaram-se de sentimentos e/ou situações que também faziam parte da história de vida da terapeuta, a terapeuta utilizou de seus sentimentos e agiu com amor, coragem e consciência, fazendo autorrevelação e criando um contexto validante, em que o paciente pudesse perceber que poderia confiar no terapeuta, fortalecendo a relação terapêutica.

Em estudo e pesquisa realizada por (Haworth *et al.*, 2015), concluiu-se que quando a autorrevelação (coragem) é evocada pelo terapeuta, e quando a fala do paciente é reforçada adequadamente pelo terapeuta (amor), há uma maior interação na relação terapeuta-cliente, havendo maior conexão entre eles e também do cliente com outras relações. Ainda, segundo Fideles e Vandenberghe (2014), na FAP, o terapeuta se atenta à sua relação com o paciente e detecta as consequências que os comportamentos do cliente possuem sobre o terapeuta, pois observando contingencialmente, esses comportamentos são semelhantes ou podem vir a ser com os relacionamentos em sua vida cotidiana, fora do ambiente terapêutico.

Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017), afirmam ainda que o processo de amor à coragem acontece na terapia, os clientes se encontram em um contexto vulnerável, que quando se envolvem em contextos fora da terapia, podem se tornar aversivos para o cliente diante das respostas recebidas, e já o terapeuta possui o intuito de promover um ambiente reforçador no processo da psicoterapia, sendo responsivo. É necessário que haja vulnerabilidade e responsividade na terapia para que a relação terapêutica seja estabelecida, quando fala-se de vulnerabilidade, quer dizer que pode haver demonstrações do terapeuta de audácia, atrevimento, vulnerabilidade, autenticidade, honestidade, fazendo com que o terapeuta saia da sua zona de conforto, fale de si, se emocione.

Além do amor e da coragem, a FAP acrescenta a “consciência”, conhecida também pelo nome “*Awareness*”, que está relacionado com o fato do terapeuta saber reconhecer como e quando agir com coragem em relação ao cliente, ou quando respondê-lo com amor, de forma com que se adeque a cada contexto. Todos os termos “consciência, coragem e amor” foram selecionados por sua vivacidade, mas é preciso que todos eles, na terapia, sejam analisados funcionalmente. Vandenberghe (2017), afirma ainda que:

Awareness, nesse modelo, significa estar preparado para perceber e aceitar os próprios sentimentos e necessidades e estar sensível ao que o outro sente ou precisa. Na interação terapêutica, enquanto uma pessoa é corajosa, a outra responde com amor. Coragem significa estar disposto a compartilhar de maneira autêntica o que sente e a pedir o que precisa. Amor significa providenciar segurança e aceitação, expressar compaixão quando o outro se abre, ouvir o que aquela pessoa realmente precisa e suprir essa necessidade. A conexão curativa envolve aceitar, de forma recíproca, o amor que o outro oferece, e comunicar o sentimento de proximidade com essa pessoa.
(p. 214)

O termo relação associa-se ao termo “intimidade”, para haver intimidade é preciso que haja uma troca de pensamentos e sentimentos. Segundo Vandenberghe e Pereira (2005), a intimidade é um comportamento verbal, pois é necessário que haja a presença de duas pessoas, aquele que emite e aquele que recebe a informação, somente assim, o comportamento verbal será reforçado. Ou seja, estar presente em uma relação de intimidade, significa que a autorrevelação é reforçada por outra pessoa. E o contexto terapêutico, momento que o terapeuta age com o cliente de forma carinhosa, atenciosa, reforçadora, é um exemplo de relação de intimidade.

Segundo Kanteret al. (2011, citados por Santo & Vandenberghe, 2015), há os conceitos de T1 e T2, este refere-se aos comportamentos-alvo do terapeuta, e àquele se refere ao comportamento-problema do terapeuta. Ainda, de acordo com Santo e Vandenberghe (2015), quando o terapeuta manifesta comportamento-problema, pode ser fator prejudicial no processo terapêutico. O terapeuta precisa conhecer suas próprias angústias, para então compreender como seus comportamentos denominados como problemas podem refletir na relação terapêutica e como isso implica no cliente.

Durante o processo terapêutico, a terapeuta vivenciou situações no contexto fora da terapia que influenciaram no processo terapêutico com o paciente. A terapeuta engravidou durante o processo da terapia, e tratou-se de uma vivência a princípio inesperada e assustadora. Diante dessa experiência, a terapeuta sentiu medo, por imaginar em que os pacientes extremamente religiosos iriam pensar, até porque a terapeuta não era casada e não havia concluído o ensino superior ainda.

Ainda, o fato da gravidez proporcionar mudanças fisiológicas na terapeuta, como sonolência, cansaço, indisposição e sensibilidade emocional, a terapeuta vivenciou durante os atendimentos esses sintomas, havendo certa interferência em alguns atendimentos. Pode-se observar durante os atendimentos, que o sentimento de medo da terapeuta foi aplacado diante do comportamento dos pacientes, tendo em vista que a gravidez foi fator que contribuiu significativamente para um maior fortalecimento da relação terapêutica. Para tal situação, as supervisões realizadas semanalmente tiveram forte influência para que a terapeuta pudesse reconhecer sua angústia, e como poderia tornar-se em comportamentos problema dentro da terapia.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) foi desenvolvida pelo norte-americano Steven Hayes. Hayes, Pistorello e Biglan (2008) afirmam que ela se trata de uma abordagem determinada não pela forma de aplicação que ela constitui, mas sim por processos teóricos. Envolve desde os processos de aceitação e atenção ao compromisso e alteração de

comportamento do cliente, para que desta forma ele possa desenvolver a flexibilidade psicológica. Para cada processo da flexibilidade psicológica, há um processo antagônico que promove a inflexibilidade psicológica, o que facilita o desenvolvimento de uma psicopatologia (Barbosa & Murta, 2014).

De acordo com Harris (2009), o cliente possui flexibilidade psicológica quando ele tem a capacidade de focar no momento presente e através dessa consciência, consegue modificar seus comportamentos de forma mais tranquila, não se desviando dos seus valores. Ao contrário, a inflexibilidade psicológica faz com que o cliente seja menos consciente no momento, possuindo uma postura mais rígida diante de certos contextos que neles estão presentes valores que são mais importantes. Desta forma, faz com que a pessoa esteja sempre em discordância com outras pessoas que não possuem o mesmo valor que ela. Hayes et al., (2012, citados por Freitas, 2016) afirmam que:

A ACT pode ser compreendida através do Hexagrama de Flexibilidade Psicológica, ou “Hexaflex”, que é um modelo de funcionamento e adaptabilidade humano composto por seis processos: Aceitação Experiencial, Desfusão Cognitiva, Self Contextual, Contato com o Momento Presente, Clarificação de Valores e Ação de Compromisso. O conjunto destes seis 21 processos é compreendido como a Flexibilidade Psicológica. O Hexaflex está ligado a pesquisas envolvendo processos psicológicos básicos dos seres humanos e, na forma como é apresentado, pode ser compreendido tanto como modelo de psicopatologia e de saúde psicológica quanto como modelo de intervenção (pp. 20-21).

Da mesma forma que a flexibilidade psicológica é constituída pelos seis processos acima citados, a inflexibilidade psicológica também possui seus conceitos inversos ao primeiro. É composta pela esquiva experiencial, fusão cognitiva, Self conceitual, atenção voltada ao passado ou ao futuro, valores difusos e inação (Harris, 2009). Enquanto a esquiva experiencial relaciona-se ao fato do cliente evitar a dor e o sofrimento, rejeitando-os, a aceitação experiencial está relacionada à questão de o cliente conseguir aceitar os sentimentos e pensamentos adversos, sem tentar modificá-los ou alterá-los (Freitas, 2016).

A fusão cognitiva acontece quando o cliente possui pensamentos considerados como ruins, encontra-se sob controle de um comportamento verbal, havendo literalidade com esse pensamento, não tendo capacidade de diferenciação do estado de “estou pensando” com o de “eu sou”. Para realizar uma desfusão cognitiva, o terapeuta utiliza técnicas voltadas para a

aquisição de maior flexibilidade do cliente, alterando o contexto funcional (Hayes, Pistorello&Levin, 2012).

O Self conceitual é a forma como indivíduo se auto-denomina por meio de conceitos sobre si mesmo, utilizam regras que definem ele como ele é, empobrecendo um repertório de ações que ele poderia adquirir, havendo uma maior dificuldade de se adaptar em diferentes contextos. Já o Self contextual é considerado mais saudável, pois o indivíduo consegue perceber seus sentimentos e/ou pensamentos como algo passageiro, decorrente de um determinado contexto (Saban, 2008).

Quando o cliente volta sua atenção para o passado ou o futuro, perde muito tempo lembrando e imaginando situações que já se passaram e que ainda não surgiram, não estando no momento presente. Quando ele entra em contato com o momento presente (*Mindfulness*), se torna passível de agir sobre o contexto de forma mais adequada e flexível (Barbosa & Murta, 2014).

Uma idéia central na literatura sobre *mindfulness* é que viver sob o comando do piloto automático não permite à pessoa lidar de maneira flexível com os eventos do momento. Confiar no piloto automático promove modos rígidos e altamente limitados de reagir ao ambiente. Na vida urbana moderna, agimos muitas vezes sem estar emocionalmente envolvidos em nossas ações, ou fazemos várias coisas ao mesmo tempo, às vezes sem percebermos que as diferentes atividades têm diferentes objetivos e atrapalham entre si (Vandenberghe& Sousa, 2006).

A presença de valores difusos é provocada pela inflexibilidade psicológica. As conceituações que o cliente possui sobre uma vida significativa só podem ser definidas com aquilo que é importante para o cliente, somente assim esses conceitos poderão refletir os valores que o sujeito possui. Para que o cliente alcance uma clarificação de valores, é preciso que o terapeuta estabeleça metas em diversas áreas da vida do cliente, sem quem ele apresente atitudes de esquivas (Melo, 2014). Ainda segundo o mesmo autor, a inação do cliente envolve a falta de direcionamento que ele possui sobre seus valores e metas, e o processo de ações com compromisso estão relacionados aos valores clarificados e o redirecionamento do comportamento do cliente de acordo com estes valores. A ACT possui uma visão de que para que o cliente tenha uma vida significativa, não depende do que ele deseja, mas sim de como ele age.

Em pacientes que apresentaram inflexibilidade psicológica, fuga/esquiva de sentimentos e memórias que até então extremamente aversivas, fusão cognitiva, crises

ansiosas advindas da necessidade de controle do meio externo e valores enrijecidos acompanhadas de conflitos sociais, sentimentos de invalidez, desprazer em realizar quaisquer atividades e desejo de morte, as técnicas utilizadas da ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso) mostraram-se eficazes, pois os pacientes aderiram de forma positiva às intervenções e propostas realizadas pela terapeuta.

Pretende-se, que através desta pesquisa, acadêmicos e profissionais de psicologia reconheçam que os sentimentos da terapeuta em um contexto de relação terapeuta-cliente podem servir como estratégias terapêuticas (estímulos discriminativos para intervenção e análise funcional) no desenvolvimento de um processo de terapia comportamental profundo e envolvente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se notar através desta pesquisa, que a terapia comportamental possui um histórico de mudanças no que diz respeito a seus pressupostos. Foi dissertado sobre a terceira geração da terapia comportamental, tratando-se das terapias contextuais com ênfase na Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A FAP oferece uma visão voltada para a relação terapêutica, considerando os sentimentos do terapeuta que surgem no ambiente terapêutico e como eles podem influenciar no processo terapêutico.

Através das literaturas em paralelo com as experiências da terapeuta em processos de terapia com os pacientes, que a atitude do terapeuta em reforçar os comportamentos do paciente, produz consequências de melhoras tanto no contexto da terapia, quanto na vida cotidiana do paciente. E a ACT, possibilita ao cliente viver com mais flexibilidade, aceitando sentimentos e/ou pensamentos aversivos que geralmente são fatores de esquivas.

O fato da terapeuta observar seus próprios sentimentos em relação aos pacientes, colaborou para melhor autoconhecimento e formulação de estratégias de intervenção durante a terapia. Identificar tais sentimentos proporcionou à terapeuta capacidade de reflexão acerca de suas próprias experiências, tanto no contexto da terapia, que são sentimentos eliciados pelos comportamentos verbais dos pacientes, quanto no contexto fora da terapia, sentimentos advindos da história de vida da terapeuta. Desta forma, a reflexão e utilização desses sentimentos, permitiu maior compreensão da terapeuta em relação aos pacientes.

Referências

- Barbosa, A. S., Terroso, L. B. & Argimon, I. L. (2014). Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias?. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34 (86), 63-79
- Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1-2), 60-79
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49. Brasília-DF
- Barcellos, A. B., & Haydu, V. B. (1998). História da psicoterapia comportamental, In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*, 16-34. Campinas: *Editorial Psy*
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47
- Farias, A.K.C.R. (2010). *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. Canto M.B. & Araujo C. R. (Eds.). Porto Alegre: Artmed
- Fideles, M. N. D. & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia Analítica Funcional Feminista: Possibilidades de um encontro. [Functional Analytic Psychotherapy: Possibilities of an encounter]. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p18-29>
- Finger, I. R. (2015, abril). Terapia de aceitação e compromisso. *X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*, Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil, C749.
- Freitas, B. I. (2016). *Tratamento intensivo baseado na terapia de aceitação e compromisso para dificuldades relacionadas ao peso* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In: Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. (Orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental*. São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2012, agosto). Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil. *XXI Encontro da ABPMC*, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Garcia, M.R., (2007) O percurso histórico da terapia comportamental. *Revista Terra e Cultura*, 44(23), 18-26.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of Acceptance and Commitment Therapy and traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 286–295.
- 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), 81-104.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002.
- Haworth, K., et al. (2015) Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection. *Journal of Contextual Behavioral Science*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.08.003i>
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M. & Kohlenberg, R. (2017). Functional analytic psychotherapy. A Practical Guide to Therapeutic Relationships, Oakland, CA: *Made Simple*.
- Kohlenberg, R; Tsai, M. (2006). Psicoterapia Analítica Funcional Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas. *ESETec*
- Leonardi, J. L., (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas em análise do comportamento*, 6(2), 119-131. <https://dx.doi.org/10.18761/pac.2015.027>

- Lettner, H. W.,(1989). Com o que, de fato, a terapia comportamental trabalha?:um depoimento pessoal de um terapeuta comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 35-36. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000200012>
- Malavazzi, D. M., (2011). Breve panorama sobre as três gerações da terapia comportamental. *Boletim Contexto*, nº 34, 27.
- Melo, W., V. (2014). Estratégias Psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: *Sinopsys*
- Oppermann, C. M. O.,Lewgoy, L. B. &Araujo, R. B. (2015). Terapia comportamental dialética para dependentes químicos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 113-118. DOI: 10.5935/1808-5687.20150016
- Pereira, M. &Rangé, B. (2011) Terapia Cognitiva. In: B. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, Porto Alegre: Artmed, p.20-39.
- Popovitz, J.,& Silveira, J. (2014). A Especificação do Responder Contingente do Terapeuta na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(1), 5-20. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.654>
- Saban, M., T. (2008). *Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Santos, L. P., Gouveia, J. P., & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In J. P. Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 29-58). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Santo, R. A. D.&Vandenberghe, L. (2015) Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*, 8, 193-200.
- Tsai, M.; Kohlenberg, R. J.;Callaghan, G. M. (2013). The Use of Awareness, Courage, Therapeutic Love, and Behavioral Interpretation in Functional Analytic Psychotherapy.*American Psychological Association*, 50(3), 366-370. DOI: 10.1037/a0031942.

- Vandenberghe, L. (2007). Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica comportamental. 18(4), 89-102.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. *Boletim Contexto*, nº 34, 33-41.
- 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), 206-219.
- Vandenberghe, L. & Pereira, M. B., (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática* 7(1). 127-136
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.

Anexo(s)

ANEXO 1

Escala de avaliação dos valores				
Domínio	Valores	Importância	Manifestação na vida atual	Desvio de vida
Casamento/casal/relações íntimas				
Parentalidade				
Relações familiares (outra que não de casal ou parentalidade)				
Amizades/Relações sociais				
Carreira/emprego				
Educação/formação/crescimento e desenvolvimento pessoal				
Recreação/lazer				
Espiritualidade				
Cidadania				
Saúde e bem-estar físico				

1. Marcar com um X, os valores com os quais você mais se identifica.
2. De 0 a 10, marcar o quanto é importante.
3. De 0 a 10, o quanto isso é presente na sua vida, ou que você gostaria que fosse.
4. Diminuir o valor da Importância pela manifestação na vida atual.

ANEXO 2

218

FICHA DE REGULAÇÃO EMOCIONAL 6 (p. 5 de 10)**PALAVRAS DE FELICIDADE**

alegria	deleite	euforia	gáudio	orgulho
alívio	desfrute	excitação	glória	otimismo
animação	diversão	êxtase	gosto	prazer
ardor	emoção	exultação	gozo	regozijo
avidez	entusiasmo	fascinação	jovialidade	satisfação
contentamento	entusiasmo	felicidade	júbilo	triunfo
contentamento	esperança	folia	lepidez	

Eventos que desencadeiam sentimentos de felicidade

- Receber uma surpresa maravilhosa.
- A realidade superar suas expectativas.
- Conseguir o que você quer.
- Obter alguma coisa pela qual você se esforçou ou com a qual se preocupou.
- As coisas revelarem-se melhor do que você esperava.
- Ter êxito em uma tarefa.
- Alcançar um resultado desejável.
- Receber estima, respeito ou elogio.
- Receber amor, apreço ou afeição.
- Ser aceito pelos outros.
- Pertencer a um lugar, estar ligado a alguém ou a um grupo.
- Estar com ou em contato com pessoas que lhe amam ou gostam de você.
- Ter sensações muito agradáveis.
- Fazer coisas que criem ou evoquem sensações agradáveis.
- Outro: _____

Interpretações de eventos que desencadeiam sentimentos de felicidade

- Interpretar eventos felizes como são, sem tirar nem pôr.
- Outra: _____

Mudanças biológicas e experiências de felicidade

- Sentir-se empolgado.
- Sentir-se fisicamente ativo.
- Sentir vontade de rir ou sorrir.
- Sentir seu rosto corar.
- Sentir-se calmo o tempo todo.
- Impulso de ação de continuar fazendo o que está associado à felicidade.
- Sentir-se em paz.
- Sentir-se aberto e expansivo.
- Outra: _____

Expressões e ações de felicidade

- Sorrir.
- Expressão facial de brilho e ânimo.
- Ser animado ou faceiro.
- Comunicar seus bons sentimentos.
- Compartilhar o sentimento.
- Bobice.
- Abraçar as pessoas
- Pular no mesmo lugar.
- Dizer coisas positivas.
- Usar uma voz entusiástica ou emocionada.
- Ser falante ou falar muito.
- Outra: _____

Efeitos posteriores da felicidade

- Ser cortês ou amistoso com os outros.
- Fazer coisas bacanas para outras pessoas.
- Ter uma perspectiva positiva; ver o lado bom.
- Não se preocupar ou se incomodar com pouco.
- Lembrar e imaginar outras vezes em que você se sentiu feliz.
- Esperar sentir-se feliz no futuro.
- Outro: _____

(continua na próxima página)