

**Relação Terapêutica na Análise do Comportamento: Aspectos de Coragem, Amor e
Consciência**

Ana Paula dos Santos e Artur V. Pitanga
Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

Resumo

Por meio deste relato de experiência, com base em pesquisa qualitativa o presente trabalho aborda a relação terapêutica das terapias comportamentais contextuais (ou de terceira geração) que envolvem aceitação e compromisso, tendo como base de intervenção a ACT, e análises funcionais, baseadas na FAP. As contribuições da ACT permitem que o indivíduo possa transformar seu comportamento, por isso o vínculo terapêutico é importante. Nas sessões de terapia a relação terapêutica apresenta-se como um dispositivo de mudança. Para o tratamento psicoterápico o vínculo e a relação terapêutica se dá pela escuta e acolhimento e também proporciona segurança e confiança do cliente no terapeuta (Costa & Soares, 2015). Os procedimentos de terapias de terceira geração apresentam resultados surpreendentes, contribui para o contexto clínico na análise do comportamento, propõe um estudo sobre a relação terapêutica, possibilitando fornecer conhecimento a respeito do impacto na relação terapêutica. O presente trabalho pretende analisar a relação terapêutica e apresentar técnicas que podem ser utilizadas no ambiente terapêutico seguindo os fundamentos e técnicas da Terapia Comportamental de Terceira Geração. Apresenta a importância de utilizar a coragem do terapeuta para agir diferente, o amor pela vida do paciente e a consciência como uma ação de identificar e investigar um comportamento e suas consequências.

Palavras-Chave: relação terapêutica, terapias contextuais, análise funcional, FAP

Relação Terapêutica na Análise do Comportamento

A Psicologia como muitas outras ciências, se originou da filosofia, foi chamada de ciência da mente, ciência da consciência e depois de estudos e experimentos, John B. Watson (1879 – 1958) propõe da psicologia uma ciência geral do comportamento que posteriormente foi chamada de terapia comportamental. Ao questionar esse estudo alguns psicólogos do século XX se atentaram a necessidade de uma ciência que poderia ser verificável e replicável baseada em uma psicologia objetiva (Baum, 2006).

No início do século XX grandes nomes da psicologia e áreas afins aparecem com um novo objeto de estudo, o comportamento. Ivan Pavlov e o experimento com cachorro que explicaria o condicionamento clássico; John Watson que foi considerado o fundador do behaviorismo; Edward Thorndike estudava o condicionamento operante; B.F. Skinner com o comportamento operante no âmbito terapêutico; Joseph Wolpe e a dessensibilização, todos contribuíram com seus estudos para a psicologia comportamental (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

Este trabalho oferece um breve histórico da terapia comportamental, a primeira, segunda e terceira gerações da Terapia comportamental através de um relato de experiência clínica abordando amor, coragem e consciência do terapeuta na relação terapêutica. Trabalhar esses aspectos são relevantes na pesquisa de relatos de experiências clínicas, já que a terceira onda da psicologia comportamental apresenta fortes indícios positivos no tratamento psicoterápico.

Como é vista a terceira onda da terapia comportamental? É possível utilizar aspectos como amor, coragem e consciência na relação terapêutica? Como a terceira onda da Psicologia Comportamental tem ajudado na transformação de jovens adultos?

BREVE HISTÓRICO

A história da Terapia comportamental foi instaurada no início do século XX com vários estudiosos que contribuíram para a construção dessa nova abordagem. Ivan Pavlov realizou trabalhos com experimentos de condicionamento clássico por meio de estímulos neutros e condicionados tornando-se uma grande influência para estudiosos da área. John B. Watson inspirado pelos estudos de Pavlov propõe a importância da objetividade dos estudos do comportamento. Mary Cover Jones, uma aluna de Watson na década de 1924

realizou técnicas de modelagem e dessensibilização. Já na década seguinte, 1930, Edmund Jacobson estudava o relaxamento muscular. Na década de 1950 os estudos de Eysenck, contrapondo-se as psicoterapias da época e percebia a ineficácia de terapias de insight em relação ao processo do paciente que não tinha evidências de progresso. Por meios dos trabalhos de Skinner com o condicionamento operante aplicados na psicoterapia, a Terapia Comportamental se desenvolveu e atualmente o estudo do comportamento se dissipou pelo mundo (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

A terapia comportamental é dividida em ondas ou gerações, segundo Hayes ((2004) citado por Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015) devido à evolução das abordagens advindas do estudo do comportamento.

Primeira Geração

O behaviorismo foi fundado por Watson por defender a psicologia como uma ciência geral do comportamento preocupando com os métodos aplicados as ciências naturais e sustentando que a psicologia poderia ter uma visão científica e conseqüentemente obtendo mais credibilidade pelo estudo do comportamento (Baum, 2006).

Visando o trabalho científico e objetivo para a psicologia, Watson contrapunha que os estudos mantivessem somente atribuídos a consciência e introspecção. Dando a psicologia possibilidades mais abrangentes e que promovesse resultados positivos na vida das pessoas com uma configuração prática. Após os trabalhos e pesquisas com animais, Watson começa uma nova jornada estudando o comportamento humano, mais especificamente, os reflexos e reações emocionais básicas de bebês. A partir desses estudos ocorre o famoso experimento do pequeno Albert, no qual os objetivos do experimento seriam observar as reações emocionais de um bebê de 11 meses no condicionamento pavloviano, sendo essas reações uma resposta de medo (Bisaccioni, & Carvalho Neto, 2010).

Continuando na mesma linha que os estudos de Watson, sua aluna Mary Cover Jones abarcava numa proposta de dessensibilização sistemática juntamente com os trabalhos que abordavam princípios de condicionamento abriram portas para serem aplicadas em outras contingências (Bisaccioni, & Carvalho Neto, 2010).

Na década de 1930 os estudos terapêuticos nesta área estavam sendo realizados por Skinner que preconizava o behaviorismo radical. Skinner e outros pesquisadores

iniciavam seus estudos em hospitais e universidades sobre condicionamento operante em adultos e crianças. Nessa época a análise do comportamento tornava-se mais abrangente de modo que devesse levar em conta a pesquisa ser relevante, verificável, crítica, tecnológico, fundamentada no behaviorismo radical, sendo eficaz e replicável (Leonardi, 2015).

O intuito da Terapia Comportamental era possuir intervenções cuidadosamente definidas e empiricamente testadas e relacionar as intervenções psicológicas a princípios básicos. Assim a primeira geração da Terapia Comportamental tem como base os princípios clássicos de aprendizagem (Hayes & Pistorello, 2015).

A década de 1960 a terapia comportamental estava no auge e os estudos sobre condicionamento estavam sendo utilizados na clínica e que puderam proporcionar uma abertura para novas técnicas aparecerem. Beck, Rush, Shaw & Emery, (1979, citado por Leonardi, 2015) explica o advento da teoria cognitiva como sendo:

[...] influenciados pela ascensão da chamada “revolução cognitiva” e interessados na maneira pela qual processos cognitivos poderiam afetar comportamentos e sentimentos, terapeutas passaram a questionar a utilidade dos princípios de condicionamento para a prática da psicoterapia e desenvolveram novos modelos de psicoterapia, dentre os quais se destacam a terapia cognitiva de Aaron Beck e a terapia racional emotiva comportamental de Albert Ellis [...] (p.124)

Segunda Geração

Os terapeutas comportamentais continuavam com seus trabalhos e pesquisas e a nova onda de terapeutas cognitivo comportamentais que surgiam podiam “identificar terapias que associavam uma perspectiva teórica e cognitivas na mediação do comportamento ao uso de estratégias comportamentais” (Dobson & Block, 1988; Shinohara, 1997, citado por Leonardi 2015).

A partir da década de 1970 as terapias cognitivas comportamentais ganharam espaço atuando com princípios de modificação do comportamento e valorizavam os aspectos cognitivos do comportamento. A dessensibilização foi uma das técnicas que primeiro utilizaram com princípios de modificação do comportamento. Os terapeutas comportamentais da época não satisfeitos com as técnicas comportamentais integraram novas técnicas que valorizavam as cognições (Barbosa & Borba, 2010).

A Terapia Cognitiva Comportamental significou um avanço na terapêutica do transtorno de depressão, na clínica e segundo Beck (1995/1997, citado por Oliveira & Pires & Vieira, 2009) apresenta:

Uma forma de reconstrução reflexiva da auto identidade baseada na reinterpretação da autobiografia do cliente [...] visa a colonização do futuro com objetivo de produção de esperança, superando a visão determinista negativa típica das crenças disfuncionais[...] A tese central da terapia cognitiva é que o funcionamento psicológico depende de crenças e esquemas, estes compreendidos como um sistema relativamente estável de crenças (p.640).

As pesquisas de Beck na terapia cognitiva comportamental ajudaram pacientes com depressão e todo esse envolvimento terapêutico, Knapp & Beck (2008), propuseram “que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (a tríade cognitiva).

A Terapia Cognitiva Comportamental visa adaptar o comportamento do indivíduo substituindo pensamentos-problemas tentando reduzir a duração, a frequência e a intensidade desses pensamentos (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

Terceira Geração

A terceira geração ou terceira onda de Terapias Cognitivas e Comportamentais apresenta um avanço que utiliza princípios da terapia comportamental e é compreendida como terapias contextuais, dependem de contextos. Entre as práticas terapêuticas estão: Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) por Robert J. Kolenberg e Mavis Tsai, Terapia de Aceitação (ACT) e Compromisso, por Steven Hayes, e Terapia Comportamental Dialética (TCD) por Marsha Linehan.

Alguns autores acrescentam a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobsen & Christensen, 2002), e outras. Neste trabalho aprofundaremos apenas nas práticas terapêuticas da FAP, ACT e TCD (Hayes & Pistorello, 2015).

No Brasil as terapias comportamentais de terceira geração vêm ganhando espaço pelas psicoterapias baseadas em experiências, trazendo as bases da terapia

comportamental radical elas são atuais e inovadoras. E não é por menos que já se fala de uma quarta onda. (Hayes & Pistorello, 2015).

Com bases na Análise do comportamento a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) emprega uma nova visão de ajuda ao cliente a observar o sofrimento em uma perspectiva diferente, evitando a esquiva e o controle de contingências. Através da flexibilidade psicológica do indivíduo por meio da aceitação, escolha e ação as técnicas da ACT podem ser relevantes para lidar com o sofrimento psicológico (Costa & Soares, 2015). A terceira geração de terapias comportamentais não exclui a segunda geração, assim como a Terapia Cognitivo-Comportamental, a ACT apresenta técnicas similares.

Apesar de apresentarem proporções parecidas a ACT difere-se da TCC ao contestar “cognições desadaptativas” no sentido de ao invés de mudar o comportamento deve-se aceitar a condição em relação a pensamentos e emoções e mudar a função (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). A ACT propõe que ao aceitar seu sofrimento ou sentimento o indivíduo é capaz de lidar com o contexto do que evitá-los, se esquivar ou controlá-los. Assim quando se dá autonomia para o indivíduo escolher o caminho, ele pode ir em direção a essa mudança se estiver disposto a responsabilizar-se. (Costa & Soares, 2015).

As contribuições da ACT permitem que o indivíduo possa transformar seu comportamento, por isso o vínculo terapêutico é importante. Nas sessões de terapia a relação terapêutica apresenta-se como um dispositivo de mudança. Para o tratamento psicoterápico o vínculo e a relação terapêutica se dão pela escuta e acolhimento e também proporciona segurança e confiança do cliente no terapeuta (Costa & Soares, 2015).

A prática clínica da Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) foi inspirada nos conceitos de reforço de Skinner, generalização, análise funcional do comportamento verbal e no behaviorismo Radical. A relação com o terapeuta deve ser genuína e envolvente pois durante a sessão a resposta do terapeuta, mesmo não sendo consciente, pode reforçar ou punir o comportamento do cliente (Vandenberghe, 2017).

Pessoas que possuem hábitos de fugir ou esquivar-se de comportamentos-problemas podem apresentar dificuldades a se comprometer ao tratamento psicoterápico. As estratégias terapêuticas da FAP podem ajudar pessoas com esse comportamento (Pezzato & Brandão & Oshiro, 2012).

Fideles & Vandenberghe (2014) explicam como o psicólogo pode ajudar esse indivíduo com técnicas da FAP podendo evocar ou reforçar comportamentos relevantes na sessão, considerando que a relação terapêutica é utilizada como intervenção.

[...] o terapeuta presta atenção especial às relações entre o comportamento do cliente e o seu e ajuda o cliente a detectar as consequências de seu comportamento sobre o terapeuta, as quais são funcionalmente similares aos efeitos que o cliente tem ou pode vir a ter sobre relacionamentos importantes na sua vida cotidiana. (p.21)

Os comportamentos que são clinicamente relevantes, segundo Sousa & Vandenberghe (2007), que ocorrem na relação terapêutica durante a sessão, estão descritos na tabela 1. A análise funcional tem sido importante no processo terapêutico, assim o psicólogo deve estar atento aos CCR's do cliente, evocar, analisar e generalizar de modo que o papel do terapeuta deva ser consciente e corajoso ao tentar transformar durante a própria sessão os pensamentos/sentimentos do cliente.

Tabela 1 - Comportamentos Clinicamente Relevantes CCR

CCR1	CCR2	CCR3
Comportamento-problema	Progressos do cliente	Interpretação do comportamento
As trocas verbais entre terapeuta e cliente podem ser comportamentos que fazem parte dos problemas para os quais o cliente busca terapia.	São progressos ao vivo que ocorre na sessão.	Podem constituir momentos em que o controle verbal sobre os comportamentos se torna explícito.

Fonte: Adaptado de Sousa e Vandenberghe, 2007

Considerando a emissão de CCRs, sejam eles comportamentos problemas ou desejáveis no processo terapêutico, é fundamental que o terapeuta saiba recursos de como proceder e manejar tais comportamentos. Não há uma lista específica que classifica quais comportamentos podem ser problemas e quais estão de acordo com os objetivos da terapia. Será preciso que o terapeuta observe e faça minuciosamente análises funcionais constantes, afim de compreender o que se passa em contexto de terapia. Nesse sentido, esse mesmo terapeuta, a partir da relação estabelecido com o cliente, deverá saber o que reforçar e o enfraquecer nos comportamentos do cliente.

A base fundamental do terapeuta FAP é a relação terapêutica, que se configura a partir de 5 regras, a seguir:

1. Prestar atenção aos CCRs, trata-se do “coração da FAP”. As observações de CCRs fundamentam as análises funcionais necessárias ao processo terapêutico;

2. Evocar CCRs, desenvolvendo uma terapia contextual que proporcione a vivência de sentimentos e pensamentos difíceis no *setting*.
3. Reforçar CCRs, consequenciar. Princípio do reforço, consequenciando positivamente comportamentos do cliente cada vez mais próximo aos objetivos terapêuticos.
4. Terapeuta deve ser consciência do processo. Terapeuta deve observar seu próprio comportamento na sessão, efeito reforçador das intervenções.
5. Fornecer interpretações (paralelo entre CCRs que ocorrem na sessão e vida cotidiana do cliente), analisar e generalizar.

A FAP, como um processo terapêutico em que a relação terapêutica é a própria terapia, terá seu desenvolvimento fundamentada nas regras expostas resumidamente nas linhas acima. Essas regras são incrementadas por comportamentos do terapeuta como coragem, amor e consciência, além behaviorismo, como filosofia de vida (Baum, 2006).

A coragem diz respeito a agir terapeuticamente mesmo mediante estimulação aversiva, como medo do cliente compreender mal alguma intervenção. Nesse aspecto entra assertividade como habilidade terapêutica. Coragem diz respeito à regra 2.

Amor é uma outra denominação para reforçamento positivo. Terapeuta deve consequenciar todos os comportamentos possíveis próximos aos objetivos da terapia e que sinalizam que o cliente está melhorando, progredindo. Saber consequenciar adequadamente comportamentos pode ser visto como uma artimanha do terapeuta. Amor está relacionado à regra 3.

Consciência é um atributo de saber observar bem o que está acontecendo em sessão, fazer análises funcionais pontuais de sequenciais. O terapeuta cômico observa os comportamentos do cliente (seus CCRs), os próprios sentimentos e pensamentos, suas ações votadas para o cliente (procedimentos e técnicas) e busca sempre compreender se está obtendo resultados esperados. Estar cômico diz respeito às regras 1 e 4.

Ser um bom behaviorista é uma das bases da FAP, pois o terapeuta deve, em seu trabalho clínico, analisar contextualmente os comportamentos do cliente, evitar mentalismos e esclarecer as funções dos comportamentos, de maneira clara e objetiva. O behaviorismo deve fazer parte da filosofia de vida do terapeuta. Ser behaviorista diz respeito à regra 5.

Uma das preocupações das terapias de terceira geração é com transtornos difíceis de lidar em contexto clínico. Sofrimentos intensos de clientes acarretam dificuldades aos terapeutas. Para esses clientes que exigem “mais que o necessário” em uma terapia

convencional, a terapia comportamental dialética tornou-se uma das soluções com *melhores* resultados.

O Transtorno de Personalidade Borderline está descrito no DSM – 5 na categoria de Transtornos de Personalidade. O DSM-5 descreve como transtorno aparece no indivíduo em relação ao seu funcionamento e apresenta traços de personalidade patológica que podem estar presentes em cada transtorno. O Transtorno Borderline está inserido no Grupo B de transtornos juntamente com Transtornos de Personalidade Antissocial, Histriônica e Narcisista. (Araújo & Lotufo Neto 2014). O tratamento psicológico delineado para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline foi criado por Marsha Linehan e chamado de Terapia Comportamental Dialética (TCD).

A TCD se faz eficaz no tratamento com pacientes Borderline pois trabalha a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades e utiliza de técnicas interativas. Pacientes com esse tipo de transtornos possuem alto índice de suicídio ou comportamentos suicidas (Nunes-Costa & Lamela & Gil-Costa, 2009). A regulação emocional é uma das temáticas da TCD já que indivíduos instáveis apresentam reações inadequadas e comportamentos auto prejudicial e automutilante (Oppermann & Lewgoy & Araujo, 2015).

O Plano terapêutico da TCD requer ajudar o paciente a ter uma vida que valha a pena ser vivida. Nunes-Costa, Lamela & Gil-Costa (2009) apresentam objetivos da terapia dialética para pacientes com transtornos alimentares:

[...] deverá iniciar-se com a diminuição de comportamentos de risco, [...] prestar atenção a comportamentos que interfiram na adesão e no sucesso do tratamento, como a recusa à pesagem ou o não completamento dos registros diários; num terceiro momento reduzir as interferências de comportamentos associados à qualidade de vida, ou seja, a restrição alimentar, o evitamento de eventos e lugares associados à alimentação; e, finalmente, capacitar os pacientes com um conjunto de estratégias comportamentais que lhes permitam regular de forma efetiva os efeitos negativos.

Nos casos de transtornos alimentares, Nunes-Costa, Lamela & Gil-Costa (2009), afirmam que a terapia comportamental dialética é eficaz e em comparação a outras intervenções a TCD apresenta resultados em menor tempo.

A Relação Terapêutica

A relação terapêutica é um processo que pode ser genuíno, íntimo e profundo para o paciente e para o terapeuta. Segundo Braga e Vandenberghe (2006) a relação terapêutica por se tratar de um processo não punitivo, apresentado como:

“um lugar de colaboração, um contexto favorecedor e propício para a aplicação de intervenções terapêuticas [...] e para poder ajudar seus clientes, o terapeuta precisa antes de tudo envolver-se com eles numa relação de aceitação; precisa se deixar tocar pelos clientes; precisa se deixar mudar para mudar os clientes.”

Os aspectos de coragem, amor e consciência aparecem durante as sessões como formas de trabalhar a relação terapêutica. A coragem do terapeuta é autêntica, utilizada com uma configuração para agir diferente e possibilitar ao paciente experienciar contextos contrários ao que recebeu durante toda a vida. Amor é ter compaixão pela história de vida do paciente, como habilidade de ser empático com as dificuldades e limitações. A consciência aparece nas sessões terapêuticas como uma ação de identificar e investigar um comportamento e consequências (Vandenberghe, 2017).

Considerando o exposto teórico nas linhas acima, mesmo que resumidamente, a partir dos autores mencionados, as terapias de terceira geração integram os trabalhos dos terapeutas da primeira geração, mudam o foco de intervenções dos terapeutas da segunda geração e progredem rumo a maneiras criativas e inovadoras de atuação. O estudo de novas maneiras de proceder em terapia comportamental faz da terceira geração de terapias comportamentais um ambiente motivador para pesquisas, debates e reflexões sobre o desenvolvimento de profissões de ajuda.

O presente trabalho pretende analisar a relação terapêutica e apresentar técnicas que podem ser utilizadas no ambiente terapêutico seguindo os fundamentos e técnicas da Terapia Comportamental de Terceira Geração, especificamente a FAP e sua noção de comportamentos clinicamente relevantes. Pretende também demonstrar, a partir de ações práticas, vivenciadas pela terapeuta responsável pelos atendimentos, como pode ser estabelecido um processo terapêutico dinâmico e interativo, de acordo com as prescrições das terapias contextuais.

Justifica-se o empreendimento da presente pesquisa, o desenvolvimento da psicologia clínica em contexto comportamental, suas possibilidades de aplicação e procedimentos, além do “somente” técnicas pré-estabelecidas, valorizando a criatividade da terapeuta, inovações da terceira geração e verificação de resultados a cada sessão. Contudo, considera-se que a emissão de CCRs por parte do cliente é, quase sempre,

imprevisível, e pode vir a ser elemento inusitado ou surpresa para a terapeuta. O manejo de CCRs passa a ser fundamental para o andamento da terapia.

Nesse sentido, o presente artigo de final de curso tem como norte a seguinte pergunta problema: quais procedimentos e/ou técnicas podem ser utilizadas em ambiente de terapia comportamental, mediante CCRs do cliente?

Método

O presente artigo de conclusão de curso é de cunho qualitativo e exploratório, escrito como relato de experiência clínica. Apresenta e discute um conjunto de dados coletados relativos às intervenções, ou ações da terapeuta estagiária ao longo de 26 sessões de terapia comportamental.

Participantes

Acadêmica do 10º período de psicologia, cursando estágio em psicologia comportamental clínica, sexo feminino, 26 anos de idade, professora primária, solteira, sendo orientada e supervisionada semanalmente na clínica-escola da UniEvangélica.

Instrumentos

Foram utilizados recursos e técnicas oriundas da terceira geração da Terapia Comportamental tais como metáforas, técnicas de validação, técnica de relaxamento, *mindfulness*, questionamentos reflexivos e autorrevelação.

Procedimentos

Foram realizados atendimentos psicoterápicos durante o ano de 2018, na clínica escola do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, utilizando recursos e técnicas das terapias de terceira geração, afim de propagar novas possibilidades de técnicas durante as sessões terapêuticas.

Resultados e Discussão

Os dados coletados durante atendimentos psicoterápicos na clínica-escola têm apresentado consequências positivas para o processo terapêutico. No contexto psicoterápico o paciente/cliente emite um comportamento, podendo ser verbal ou não, que o terapeuta analisa. O comportamento do terapeuta pode ser fazendo análises funcionais, validando

comportamentos, propor atividades extra consultório e de validação, questionamentos e reflexão para o paciente.

A tabela 2 apresenta os procedimentos, a ação do psicoterapeuta sobre esse comportamento do paciente e a consequência da técnica utilizada pelo terapeuta.

Tabela 2 - Sequência entre CCRs, ações da terapeuta e resultados parciais

Paciente emite CCR	Ações da terapeuta	Consequências
Primeiras sessões de terapia	Estabelecer vínculo e objetivos terapêuticos	Trabalhar assertividade em relação a aderir a terapia e traçar planos e metas com a terapia
Problemas de comunicação na relação com os pais	Técnica da cadeira: falar com a psicóloga como se fosse a mãe	Trabalhar assertividade, transmitir alívio e um momento de desabafo
Se importa com o que os outros dizem	Auto revelação e questionamentos reflexivos	Diminuir o comportamento de importar-se com o que os outros dizem
Relatar estar chorosa durante a sessão	Validar comportamento	Compaixão pela própria história de vida
Relatar ter paralisia do sono, muitos pesadelos e dificuldade de dormir.	Fazer análise funcional. Propor que faça um diário do sono e investigar a paralisia do sono	Compreender os comportamentos externos que influenciam a dificuldade para dormir
Relatar que não fez o diário do sono pois estava dormindo melhor, não está tendo mais pesadelos	Fazer análise funcional da melhora relatada e reforçar positivamente o fato do sono ter melhorado	Manter comportamento que a faz dormir melhor
Relatar ter sofrido bullying na escola e dos parentes.	Investigar e fazer análise funcional do bullying	Adquirir autoconhecimento
Relatar não estar bem, mas tenta ocupar a mente assistindo um filme, saindo, etc.	Validar e reforçar comportamento	Mostrar que é normal esse tipo sentimento
Trazer uma agenda/ cadernos com as poesias e poemas	Análise funcional de escrever uma poesia	Satisfação por fazer algo
Ao relatar monotonia	Trabalhar mudança de perspectiva	Refletir sobre mudança de planos e abertura para novas possibilidades
Dificuldade do paciente aderir a terapia	Trabalhar a flexibilidade psicológica tirando o jaleco	Fortalecer vínculo paciente e terapeuta
Acreditar que ninguém a ama porque ela não se ama	Questionar sobre o que estava faltando para ela se amar mais e apresentar o livro “A Parte Que Falta”	Proporcionar reflexão com os questionamentos da terapeuta.
Para trabalhar confiança e mudança de comportamento	Utilizar a metáfora do céu. E apresentar o livro “A Parte Que Falta Encontra o Grande O”	Proporcionar reflexão e compreender que precisa mudar comportamentos disfuncionais

Reclamar da relação com os parentes	Fazer análise funcional e apresentar assertividade	Dar possibilidades da paciente tentar expandir e viver mais e melhor
Dificuldade de se abrir com o psicólogo	Trabalhar hanking de valores	Interação com o psicólogo e autoconhecimento do paciente
Relatar que não confia nas pessoas	Trabalhar confiança, os riscos que corremos e sobre se arriscar	Refletir sobre a vida, as contingencias e se arriscar ao dar um voto de confiança as pessoas, por exemplo.
Apresentar comportamentos depressivos, se vale de tristeza para se conectar, mas parece mudar com a terapia	Trazer perguntas reflexivas e validar comportamentos “Eu sinto você mais positiva”. “Você as vezes parece que vale de tristeza, utiliza a tristeza para se conectar, mas parece que o contexto está mudando. Você percebe?”	Conectar de forma positiva é uma forma mais forte de se conectar
Se o paciente não aderir ou negar fazer alguma técnica proposta	Questionar o que estava sentindo e em que outros contextos também sente isso	Investigar comportamentos do paciente
Relatar insegurança	Fazer análise funcional e auto revelação	Estabelecer vínculo, confiança e mostrar que estar inseguro é um sentimento comum
Relatar intensidade ou ser muito intenso	Trabalhar espaços e reforço intermitente.	Compreender que cada pessoa também tem seu espaço.
Trabalhar regra “sempre espero que tudo dê errado”	Trabalhar expectativa e fazer análise funcional de todos os contextos família/ namoro/ terapia	Apresentar flexibilidade psicológica e proporcionar autoconhecimento para o paciente
Começar um relacionamento	Apresentar a terapia como um lugar para compartilhar e apresentar o quão significativo é a tolerância e a flexibilidade	Apresentar a terapia como um lugar seguro
Apresentar sentimentos pelo terapeuta	Discutir sobre frustração, mostrar que terapeuta pode oferecer unicamente uma relação terapêutica. Propor não se esquivar e apresentar modelos para a paciente, mostrar que viver bem é melhor que sentir-se bem.	Reflexão e encarar sentimentos
Relatar “explodir” com familiares e na terapia reproduzir os sentimentos ruins que sentiu	Fazer análise funcional, trabalhar técnicas de respiração, técnicas de atenção plena, princípio da dialética, princípio da compaixão e flexibilidade.	Proporcionar autoconhecimento, relaxamento, controle e atenção plena sobre corpo e respiração
Relatar ter amigos negativos, drogados, depressivos e com tendência de autoextermínio	Discriminar as contingencias, pois, os amigos podem ser transitórios. Apresentar os direitos fundamentais	Aprender a dizer não em determinados contextos e ser consciente nas relações

Apresentar ansiedade	Técnica de mindfulness	Proporcionar relaxamento e atenção plena sobre corpo e respiração
----------------------	------------------------	---

A Terceira Geração da Análise do Comportamento permite ao psicoterapeuta uma flexibilidade em relação a como conduzir uma sessão de terapia. Na Tabela 2 pode-se observar consequências positivas para o paciente como autoconhecimento, autocontrole, assertividade.

Clientes emitem CCRs a todo momento, a atenção da terapeuta deve ser constante. Desenvolver a habilidade de compreender como esses comportamentos emergem durante as sessões foi um dos primeiros desafios a ser enfrentado pela terapeuta iniciante. Desde as primeiras sessões a terapeuta buscou responder com qualidade técnicas as demandas surgidas pela paciente. Um dos procedimentos mais utilizados pela terapeuta, ao longo do processo terapêutico foram as análises funcionais.

Uns dos princípios da terapia comportamental, de maneira geral é estabelecer vínculo de confiança logo nas primeiras sessões (Kohlenberg & Tsai, 2006). A prática da terapia comportamental deve estar alicerçada no modelo skinneriano de análise funcional, reforço e generalização, além de objetivos terapêuticos previamente definidos (Vandenberghe, 2017). Esses objetivos e o “diagnóstico” realizados podem sofrer alterações ao longo do processo da terapia.

Durante o processo terapêutico a terapeuta, conjuntamente com orientador de estágio e grupo de orientandos procurou usar de criatividade, projetando intervenções que alcançasse os CCRs da cliente, como por exemplo trabalhar em duas sessões conteúdos de livros de fácil leitura, mas com profunda reflexão (“a parte que falta”). Foi uma maneira de estender funcionalmente o tato e ampliar possibilidade de conversação. Isso pôde ser considerado, no momento, como uma maneira de abranger a relação entre cliente e terapeuta (Braga & Vandenberghe, 2006).

Em uma das sessões a terapeuta saiu de um padrão “rígido” de regras, como tirar o jaleco e atender de com um visual informal. Tratou-se de uma tentativa de apresentar modelo de flexibilidade e quebra de regras, proporcionando diálogo e reflexões sobre maneiras de mudar e abrir espaço a novas experiências.

A partir de análises funcionais sequenciais, a terapeuta pôde proporcionar à cliente um contexto de ampliação de repertório e consciência. Compreender como é a relação organismo/ambiente é um dos pressupostos para escolhas e mudança necessárias na terapia. Ao

compreender isso a terapeuta realizava as interpretações e paralelos dos comportamentos da paciente (regras 1, 4 e 5 da FAP).

A cliente em um determinado momento do processo terapêutico relatou insegurança e dificuldade em confiar nas pessoas. A terapeuta compreendeu essa dificuldade apresentada. Uma das maneiras de lidar com esse CCR1 em sessão foi discutir sobre valores, ou quais os objetivos de vida a cliente almejava. A função foi sair do foco “não confio nas pessoas” e ir em direção a algo que realmente poderia ser considerado como algo mais produtivo de vida, então, aceitar que nem sempre as pessoas confiam umas nas outras, aceitar as desconfianças e direcionar a vida a algo que valha a pena. Princípio este de aceitação e mudança, conforme reflexões da ACT (Costa & Soares 2015). Momentos como esses em terapia são considerados de grande valia, haja vista que a terapeuta aproveitou para explicar como funciona os sentimentos e pensamentos, e como os mesmos, se levados de forma literal e negativa podem prejudicar as relações e aumentar o sofrimento.

Uma outra maneira de abordar à paciente foi explicar o que é “reforço intermitente”, no sentido que nem sempre as pessoas são conseqüenciadas a todo instante, que haverá conseqüências positivas, negativas e/ou punitivas, não programadas, inesperadas durante a vida. E que, sobretudo, sentir é um resultado das interações estabelecida com pessoas, lugares e coisas, relacionadas à história de aprendizagem (Skinner, 1991).

A terapia funcionou como um lugar especial para o desenvolvimento de autoconhecimento e crítica de regras consideradas prejudiciais. Essas regras emitidas em contexto clínico (consideradas como um CCR1), “sempre espero que tudo dê errado”, foram oportunidades de a terapeuta aplicar a regra 1, fazer interpretações, regra 4 e 5. Outra maneira de utilizar dos recursos como amor e coragem foi quando a terapeuta intervém dizendo: “Eu sinto você mais positiva”; “Você as vezes parece que vale de tristeza, utiliza a tristeza para se conectar, mas parece que o contexto está mudando. Você percebe?”. Apresenta então um modelo de ser genuína e assertiva, devolvendo para a cliente o que ela emite como comportamento e forma de conexão.

Em todo o processo a terapeuta buscou validar e compreender uma ampla gama de sentimentos e pensamentos, bem como atitudes da paciente. A compreensão profunda é realizada de maneira coerente a partir de análises funcionais (compaixão). Trabalhar ansiedade, insegurança, falta de confiança, problemas de relacionamento com familiares são comportamentos comuns que aparecem nas sessões de terapia. O paciente apresenta sua vida e seus valores.

Evidencia-se então a importância de utilizar a coragem do terapeuta para agir diferente, o amor pela vida do paciente e a consciência como uma ação de identificar e investigar o sofrimento e suas consequências.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi apresentar novas propostas de atendimento psicoterápico com aspectos de coragem, amor e consciência. Utilizar técnicas criativas e funcionais como propõe as terapias contextuais. A pergunta fundamental desse artigo de conclusão de curso foi, a princípio: “quais procedimentos e/ou técnicas podem ser utilizadas em ambiente de terapia comportamental, mediante CCRs do cliente?”. As intervenções confirmam positivamente que terapeutas podem se valer de criatividade, amor, consciência e coragem em um processo terapêutico, como preconizado pela FAP. Entretanto, trata-se, até o presente momento, de uma pesquisa modesta, de graduação em psicologia clínica comportamental. Outras pesquisas com o mesmo foco devem ser produzidas.

Referências

- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- 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. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, Campinas-SP, 2010, Vol. XII, no 1/2, 60-79.
- Baum, W. M. (2006). *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução* (2º ed. rev. e ampl.); tradução Maria Tereza Araújo Silva [et al.]. Porto Alegre: Artmed (originalmente publicada em 2005).

- Bisaccioni, P., & Carvalho Neto, M. B. (2010). Algumas considerações sobre o "pequeno Albert". *Temas em Psicologia, 18*(2), 491-498.
- Braga, G. L. B., Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas), 23*(3), 307-314. doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010
- Costa, R. S. & Soares, M. R. Z. (2015). Terapia de Aceitação e Compromisso: o sofrimento psicológico em um caso clínico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática, 17*(3), 19-27. São Paulo, SP, set.-dez. 2015.
- Fideles, M. N. D., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia Analítica Funcional feminista: possibilidades de um encontro. *Psicologia: teoria e prática, 16*(3), 18-29
- Hayes, S. C. & Pistorello J. (2015). A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa. *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: guia para profissionais*. Orgs: Lucena-Santos, P. Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M. S. [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2015.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(Suppl. 2), s54-s64.
- 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.
- Lucena-Santos, P. Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M. S. (2015) Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais. *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: guia para profissionais*. Orgs: Lucena-Santos, P. Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M. S. [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys.
- Nunes-Costa, R. A., Lamela, D. J. P. V., & Gil-Costa, L. (2009). Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58*(2), 122-127.
- Oliveira, C. I. P., Anderson C., & Vieira, T. M. (2009). A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(4), 637-645.

- 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.
- 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.
- Skinner, B. F. (1991). O Lugar do sentimento na análise do comportamento. Tradução: Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. P. *Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento* (Campinas-SP).
- Sousa, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 1-11.
- 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*, Volume XIX no 3, 206-219.