



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Consciência, Coragem e Amor: um estudo de caso à luz do modelo CCA

Allana Lara Ataíde Lopes

Brasília
Setembro de 2018



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Consciência, Coragem e Amor: um estudo de caso à luz do modelo CCA

Allana Lara Ataíde Lopes

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: Marina Rocha Soares

Brasília
Setembro de 2018



IBAC

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Allana Lara Ataíde Lopes

Título: Consciência, Coragem e Amor: um estudo de caso à luz do modelo CCA

Data da Avaliação: 28/09/2018

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a MsC. Marina Rocha Soares

Membro: Prof.^a MsC. Lorena Bezerra Nery

Membro: Psi. Esp. Ana Paula Moraes

Brasília
Setembro de 2018

A todos os meus clientes, professores, amigos e familiares que confiaram sua fé ao meu cuidado.

Agradecimentos

Agradeço a minha mãe por toda a dedicação, preocupação, suporte e aprendizados de sempre.

Agradeço ao meu pai pela atenção, carinho, cuidado, incentivo, confiança, colaboração e parceria nessa caminhada de descobertas e desafios.

Agradeço aos meus irmãos André Lopes e Arthur Lopes pelas trocas e aprendizados.

Agradeço ao meu sobrinho João Elloi Duarte Silva e ao meu primo Caio Lopes de Almeida, pelo carinho, pela entrega, pela honra de acompanhar seu crescimento, pelas alegrias, pelas tristezas, viagens, desafios e por todos os aprendizados compartilhados nessa caminhada.

Agradeço a todos meus queridos professores que contribuíram com meu desenvolvimento pessoal e profissional, em especial à professora Luciana Verneque por me rerepresentar o Behaviorismo Radical e a FAP de forma instigante e inspiradora.

Agradeço à querida Andréa Dutra pelo cuidado e por inúmeros aprendizados promovidos como professora, supervisora, terapeuta e mulher.

Agradeço às professoras Flavia Fonseca, Marianna Braga, Lorena Nery pela dedicação, criatividade, compromisso, responsabilidade, cuidado e amor com a profissão.

Agradeço à Ana Paula Moraes, Priscila Rolim e Luciana Verneque pela parceria nos Workshops, Meet ups e cursos vivenciais da FAP. A presença e o apoio de vocês tem sido muito importante no meu processo pessoal e profissional.

Agradeço a Mavis Tsai por buscar e compartilhar seu sonho, me permitindo fazer parte dele de forma tão inspiradora, acolhedora, desafiadora e cuidadosa.

Agradeço à Alessandra Villas-boas e à Priscila Rolim pela abertura atenciosa, sensível e cuidadosa tanto nos cursos e workshops FAP, quanto nas supervisões.

Agradeço à Aline Rodrigues, Ana Paula Moraes, Carolina L. S. Melo, Gustavo Gouvêa, Kathlen Amado, Lorena Nery, Maira Mesquita Martins, Marcus Pires Barreto, Rayssa de Andrade, Taline de Oliveira, Tiago Oliveira, Walmir B. de F. M. Júnior, Fausta Almeida, Fernanda Luísa, Amanda Araujo Neves, Mariana Pires e Letícia Faria, pela atenção, carinho, cuidado, parceria, confiança e incentivo. Vocês são fonte de inspiração constante.

Agradeço a minha orientadora Marina R. Soares pela atenção e pelo cuidado nas sugestões de correção em todo o processo de orientação desse trabalho.

Agradeço, principalmente, aos meus clientes, pela confiança, pela entrega, pela força, pela coragem e pelo amor.

Sumário

Folha de Avaliação -----	iii
Dedicatória -----	iv
Agradecimentos -----	v
Sumário -----	vii
Lista de Figuras -----	viii
Resumo -----	ix
Introdução	1
1. A FAP no cenário das Terapias Comportamentais Contextuais -----	4
2. A essência da FAP e seus principais desdobramentos -----	9
O Modelo das 5 regras	17
O Modelo da Sequência Lógica (os 12 passos)	22
O Modelo CCA (Consciência, coragem e amor)	24
Coragem	25
Amor	26
Consciência	29
3. Formulação de caso no modelo (CCA) -----	32
Método	32
Cliente (Dados gerais)	34
Queixas e Demandas	35
Mandato terapêutico	35
Procedimento	36
Análise do caso em termos CCA -----	38
<i>CCRs1</i>	38
<i>Os1</i>	41
Controle Instrucional	43
História de Aquisição	44
Contingências atuais mantenedoras	47
Objetivos terapêuticos	48
Intervenções:	52
<i>T1</i> - Intervenções contraproducentes	52
<i>T2</i> - Intervenções alinhadas à análise do caso	53
Resultados:	55
<i>CCRs2</i> – Progressos na sessão	55
<i>O2</i> – Progressos fora da sessão	57
Desafios e limitações	63
Considerações Finais	64
Referências Bibliográficas	66
Anexos	69
Anexo 1. Autorização para publicação do caso (termo disponibilizado pelo IBAC) -----	70
Anexo 2. Quadro resumo de <i>CCRs</i> , <i>Os</i> correspondentes e intervenções --	71

Lista de Figuras

Figura 1: Genograma Familiar -----	34
------------------------------------	----

Resumo

O Modelo CCA – Consciência, Coragem e Amor (do inglês ACL – Awareness, Courage and Love), proposto pela Psicoterapia Analítico-Funcional (do inglês Functional Analytic Psychotherapy - FAP), é um modelo de análise que surgiu diante da necessidade de sensibilizar as pessoas para o potencial afetivo de desdobramentos das Terapias Comportamentais Contextuais, bem como de conscientizar os próprios terapeutas comportamentais para as implicações clínicas decorrentes, não apenas da expressão emocional na relação terapêutica, mas da construção de um senso de conexão social dela decorrente. Nesse modelo ganham destaque aspectos-chave de relações interpessoais saudáveis. O presente trabalho se dedica a apresentar uma formulação comportamental de um caso clínico à luz desse modelo. Para isso, no capítulo um é oferecida uma breve apresentação sobre o surgimento da FAP no cenário das terapias comportamentais e, no capítulo dois sobre a essência dessa proposta terapêutica, bem como seus principais desdobramentos, dando ênfase especial ao modelo CCA. O capítulo três é dedicado à apresentação do estudo de caso. Nele é possível observar como os aspectos consciência, coragem e amor podem contribuir para a aproximação genuína entre terapeuta e cliente, e a partir dela, promover ganhos importantes no repertório social e de autocuidado da cliente.

Palavras-chave: conexão social; modelo CCA (ACL); FAP – Psicoterapia Analítico-Funcional; consciência; coragem; amor.

Ao longo de seu desenvolvimento a Terapia Comportamental vem sendo associada a diversos modelos de Behaviorismo (metodológico; mediacional; radical) e propostas terapêuticas que surgiram desde o modelo inicial S-R (estímulo-resposta) proposto por John B. Watson, em 1913, conhecido como Behaviorismo Clássico (Chiesa, 1994). No entanto, de acordo com Marçal (2010), ainda hoje há um grande desconhecimento sobre o modelo de Behaviorismo proposto por B. F. Skinner, em 1945, o Behaviorismo Radical. Esse desconhecimento, segundo o autor, contribuiu com a propagação de informações incompletas e superficiais sobre as Terapias Comportamentais derivadas desse modelo.

Além de ser mal-entendida como uma terapia superficial, direcionada apenas a problemas específicos, com um alcance temporário, que não trabalha o indivíduo como um todo, considerando-o passivo diante de um mundo que é visto como mecânico e linear (Marçal, 2010), há outro equívoco bastante comum e que tem implicações muito importantes na prática clínica: o de que nessa linha – Comportamental – não se “lida com sentimentos e emoções” (Marçal, 2010; Holman, Kanter & Wilson, 2014; Vandenberghe, 2017).

Nos últimos trinta anos, contudo, as chamadas Terapias Comportamentais Contextuais (terapias comportamentais de terceira onda), tem ganhado grande destaque por serem propostas terapêuticas baseadas no Behaviorismo Radical e desafiarem essa ideia, propondo intervenções relacionadas à expressão e ao manejo de eventos privados¹ (Marçal, 2010; Holman, Kanter & Wilson, 2014; Vandenberg, 2017). A Psicoterapia Analítico-Funcional, conhecida pela sigla FAP proveniente do inglês: *Functional Analytic Psychotherapy*, é uma delas.

¹É uma expressão que se refere a eventos como pensamentos, emoções e condições corporais. São considerados “privados” ou “encobertos” por serem respostas diretamente acessíveis apenas ao indivíduo que as experiencia (Abreu-Rodrigues & Sanabio, 2001).

De acordo com os autores da FAP, Kohlenberg e Tsai (1991/2001), evitar lidar com emoções no contexto psicoterapêutico significa privar o cliente não apenas da riqueza da vida, mas também de oportunidades de levantar um entendimento amplo e pragmático das situações-problema, bem como do aprendizado de formas alternativas e eficientes de lidar com situações emocionais semelhantes no futuro.

Nesse sentido, um terapeuta que tenha dificuldade em lidar com as próprias emoções e/ou com as emoções dos outros, corre o risco de punir uma expressão valiosa de afeto do cliente (que simbolize progresso – CCR2²), em vez de reforçá-la (Kolenberg & Tsai, 2001).

Diante da necessidade histórica de sensibilizar as pessoas para o potencial afetivo de desdobramentos das Terapias Comportamentais Contextuais, bem como de conscientizar os próprios terapeutas comportamentais para as implicações clínicas decorrentes não apenas da expressão emocional na relação terapêutica (Holman, Kanter & Wilson, 2014), mas da construção de um senso de conexão social, que é fruto dela, Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017) descreveram com detalhes o chamado modelo CCA – Consciência, Coragem e Amor (do inglês ACL Model – Awareness, Courage and Love).

O modelo CCA é um modelo de análise proposto por Tsai et al. (2008/2011), aprofundada por Tsai, Callagahn e Kolenberg (2013) e Kanter, Holman e Wilson (2014), que sistematiza as propostas da FAP, enfatizando a relevância de alguns aspectos-chave de relações íntimas e saudáveis. Essa sistematização ajuda a trazer clareza ao olhar clínico sobre os objetivos e as propostas de intervenção, dando destaque à participação emocional ativa do terapeuta (Holman et al., 2017).

² Sigla que se refere à expressão “Comportamento Clinicamente relevante do tipo 2”, que são entendidos na FAP como os comportamentos-alvo do cliente, aqueles que devem ter sua frequência e intensidade estimuladas pelos reforços oferecidos pelo terapeuta, uma vez que sinalizam as melhoras do cliente durante a sessão.

O presente trabalho se dedica a apresentar uma formulação comportamental de um caso clínico à luz desse modelo proposto pela FAP. Para isso, falaremos brevemente, no capítulo um, sobre o surgimento da FAP no cenário das terapias comportamentais e, no capítulo dois, sobre a essência de sua proposta terapêutica. O capítulo três será dedicado à apresentação do estudo de caso e das considerações finais,

O objetivo é compartilhar um estudo de caso calcado em uma perspectiva Comportamental que oferece um modelo de relação terapêutica construída a partir da vulnerabilidade, da entrega e da expressão emocional entre terapeuta e cliente, apresentando um resumo sobre aspectos de destaque dessa proposta e do contexto em que ela surgiu.

É um trabalho que ganha relevância na medida em que a forma restrita e simplista como a Terapia Comportamental é percebida por muitos psicólogos e estudantes de psicologia ainda constitui um grande mal-entendido (Holman et al., 2017), e por vezes até tabus que podem contribuir para limitar equivocadamente o acesso tanto de terapeutas em formação ou em reciclagem, quanto de clientes às potencialidades curativas dessa Terapia.

1. A FAP no cenário das Terapias Comportamentais Contextuais

A FAP é uma proposta psicoterapêutica que surgiu na década de 1980, nos Estados Unidos, ao lado da terapia de aceitação e compromisso (Acceptance and Commitment Therapy – ACT), da terapia de casal integrativa (Integrative Behavioral Couple Therapy – IBCT) e da terapia comportamental dialética (Dialectical Behavior Therapy – DBT). Juntas, elas configuram o cenário principal das chamadas Terapias Comportamentais Contextuais ou Terapias Comportamentais de Terceira Onda (Vandenberghe, 2017).

De acordo com Vandenberghe (2017), nesse cenário de tradição anglo-americana, podem ser identificadas três ondas no desenvolvimento das terapias comportamentais.

A primeira onda surgiu em meados da década de 1920 com a Terapia Comportamental Clássica, baseada em conceitos pavlovianos sobre comportamento respondente (S-R), como as terapias de exposição, a terapia de inundação e a terapia implosiva. Mais tarde, por volta dos anos 1950, terapeutas comportamentais clássicos também passaram a utilizar técnicas de *modificação do comportamento* (Vandenberghe, 2001), baseadas nas descobertas sobre princípios operantes que permitem o controle do comportamento por meio da manipulação de variáveis ambientais.

Já a segunda onda, surgiu na década de 1960 associada às terapias de referencial cognitivo ou cognitivo-comportamental (Marçal, 2010).

E, a terceira onda, vem se formando no cenário comportamental a partir da década de 1980, caracterizando-se por sua perspectiva contextual (Vandenberghe, 2017).

Essa perspectiva contextual diz respeito a uma visão de mundo que é orientada por preceitos básicos do Behaviorismo Radical, uma doutrina filosófica proposta por B. F. Skinner. Tal doutrina se dedica ao objeto e aos métodos de um campo científico da psicologia ou abordagem psicológica denominada de Análise do Comportamento (Moreira & Medeiros, 2007), caracterizada por ser uma ciência natural que estuda o comportamento humano a partir de descrições funcionais de relações de dependência entre eventos ambientais e comportamentais (Skinner, 1963/1969; Todorov, 1989; Moreira & Medeiros, 2007).

Dessa forma, a Análise do Comportamento busca analisar a interação entre o organismo (ação) e seu ambiente, entendendo “ambiente” como o conjunto de condições ou circunstâncias (contexto) que afetam a “ação” do organismo, independente destas condições fluírem dentro ou fora da pele do organismo que se comporta (Matos, 1997).

A partir desta perspectiva, tudo que as pessoas fazem é considerado comportamento (Holman et al., 2017; Tsai et al., 2011; Catania, 1999). Essa concepção, portanto, abrange eventos publicamente observáveis (e.g. correr, falar, comer, chorar, etc.) e eventos privados ou encobertos, ou seja, aqueles diretamente acessíveis apenas à pessoa que se comporta (e.g. ter um sonho, assistir a um vídeo, sentir-se ansioso, desejar, ouvir, experimentar e conhecer) e incluem atividades orgânicas do corpo como os batimentos do coração (Tsai et al., 2011).

Outro ponto relevante e característico desse olhar contextual é a adoção de um modelo selecionista de causalidade, o qual propõe que as consequências (alterações ambientais) produzidas por determinado comportamento (resposta), no passado, podem exercer certa influência sobre esse comportamento, de modo que a presença

delas no ambiente é capaz de selecioná-lo, ou seja, de determinar se esse mesmo comportamento vai ou não continuar ocorrendo (Moreira & Medeiros, 2007).

De acordo com Holman et al. (2017), alguns dos nossos comportamentos tem a função de nos mover em certas direções. Com frequência nos movemos rumo ao que podemos chamar de *estímulos atrativos*, quer dizer, seguimos em direção a coisas ou situações que nos fazem sentir bem ou satisfazer alguma necessidade. Outros comportamentos podem assumir a função de nos distanciar de certas coisas ou situações. Tendemos a nos distanciar dos chamados *estímulos aversivos*, ou seja, coisas ou situações que nos causam dor e/ou desconforto.

Quando estamos com sede, por exemplo, um copo de água em temperatura agradável pode ser muito *atrativo*. Depois do segundo copo, contudo, continuar bebendo água pode passar a ser algo extremamente *aversivo*.

Nesse sentido, é preciso ter cautela quando se fala de estímulos atrativos e aversivos. Note que no exemplo anterior, um copo de água foi, no primeiro momento, atrativo, em função da sede (privação). No momento posterior, após a ingestão de dois copos de água (saciedade), o mesmo estímulo, “copo de água”, passa a ter função aversiva. Não é possível determinar o potencial de atração ou repulsa dos estímulos *a priori*. O que vai determinar tal função é o contexto (Holman et al., 2017).

Quando nosso comportamento nos direciona com sucesso para o alcance de algum estímulo atrativo ou para longe de estímulos aversivos, a probabilidade desse comportamento ser emitido novamente em contexto similar, no futuro, aumenta. Por outro lado, quando nosso comportamento nos direciona para longe de um estímulo interessante e nos aproxima de um estímulo aversivo, a probabilidade de ele ocorrer em contexto análogo, no futuro, tende a cair (Holman et al, 2017).

A esse processo que relaciona as consequências ou contingências que afetam (aumentando ou diminuído) a força e a frequência de um comportamento (resposta ou classe de respostas), damos o nome de reforçamento (Holman et al., 2017; Tsai et al., 2011).

Esse processo inclui o *reforço* (positivo e negativo – que contribuem para o aumento da frequência da resposta ao caracterizar a presença ou ausência de estímulos atrativos/aversivos no contexto), a *punição* (positiva e negativa – que contribuem para a redução da emissão da resposta em função da apresentação ou da retirada de estímulos aversivos/atrativos no contexto) e a *extinção* (quebra na relação entre resposta e consequência), e é considerado, dentro dessa filosofia, como a causa última e fundamental de uma ação (Tsai et al., 2011).

A partir dessa perspectiva, comportamentos só podem ser propriamente compreendidos quando identificadas as variáveis discriminativas, eliciadoras e reforçadoras presentes no contexto em que o comportamento ocorre (Tsai et al., 2011). O esforço dirigido para a identificação de tais variáveis é chamado de Análise Funcional ou Análise de Contingências.

A partir dessa perspectiva, comportamentos só podem ser propriamente compreendidos quando identificadas as variáveis discriminativas, eliciadoras e reforçadoras presentes no contexto em que o comportamento ocorre (Tsai et al., 2011). O esforço dirigido para a identificação de tais variáveis é chamado de Análise Funcional ou Análise de Contingências.

Ao empregarmos esforços buscando realizar a análise funcional de um caso clínico, por exemplo, certamente nos depararemos com o fato de que não é possível absorver todas as formas pelas quais nosso comportamento é influenciado. Diante disso, Holman et al., (2017) destacam que o objetivo dessa análise não deve seguir ao

encontro da explicação mais apurada ou da melhor explicação para o caso em questão. Um entendimento interativo, mesmo que parcial, segundo esses autores, pode nos levar, ainda assim, a resultados úteis.

Tsai et al. (2011) sinalizam que a perspectiva contextual é uma perspectiva pragmática, ou seja, adota como critério de verdade a sua utilidade e, dessa forma, busca apenas propor uma explicação que seja útil.

Cada indivíduo possui uma história de vida particular, única, atrelada a padrões comportamentais que vieram se construindo e se fortalecendo ao longo do tempo, e que dão sentido a tudo que ocorre no presente. Na maioria das vezes, essa história é invisível a quem observa superficialmente, à distância (Holman et al., 2017).

A percepção que uma pessoa tem da realidade é considerada um produto do contexto na qual esta percepção ocorreu (Tsai et al, 2011). Nesse sentido, a visão contextual nos convida a encontrar formas de aprofundar no conhecimento da história de vida e de aprendizagem dos sujeitos analisados. De acordo com Holman et al. (2017), ter um olhar contextual é uma forma de descrever empatia e compreensão, ao promover uma forma generosa de analisar o comportamento dentro de seu contexto.

Assim, para além de ser considerada ou não como certa, é uma teoria na qual o seu princípio orientador fundamental é a capacidade de levar ao desenvolvimento de intervenções terapêuticas úteis, que efetivamente diminuam o sofrimento humano e contribuam para o acesso dos indivíduos a vidas plenas de significado, produtivas e satisfatórias (Tsai et al, 2011).

2 A essência da FAP e seus principais desdobramentos

2.1 Caracterização

A partir de seu caráter contextual, a FAP busca dedicar e orientar seus esforços para contribuir com o alívio dos problemas dos clientes que tenham a ver, essencialmente, com relacionamentos humanos, caracterizando-se como uma terapia de orientação interpessoal (Tsai et al., 2011). De acordo com Tsai et al. (2011, p. 22) “O sofrimento do cliente pode ocorrer na presença ou na ausência de pessoas. Contudo, a dor emocional que os clientes sentem tem a ver com a sua falta de vínculos significativos”.

Nessa perspectiva, a psicoterapia é entendida como um processo intenso e profundo de desenvolvimento pessoal que afeta tanto o cliente, quanto o terapeuta (Braga & Vandenberghe, 2006). Nele, o terapeuta deixa de ser um mero aplicador de técnicas, passando a transitar fora da sua zona de conforto, experimentando, junto com o cliente, emoções suscitadas na relação terapêutica, que, algumas vezes, podem ser extremamente difíceis (Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013; Vandenberghe, 2017).

Ao longo desse processo, de acordo com Tsai et al. (2011), a FAP utiliza-se de sua particularidade, que é o emprego de concepções comportamentais básicas sobre modelagem³ e a aplicação de reforçamento contingente, durante a sessão terapêutica, de modo a criar um espaço sagrado de consciência, coragem e amor (modelo ACL), no qual, a melhora e transformação do cliente se dá por meio de uma relação terapêutica genuína e envolvente (Vandenberghe, 2017).

³ Processo que, a partir do reforçamento progressivo e gradual de aproximações sucessivas, promove a aprendizagem de novos repertórios (Moreira & Medeiros, 2007).

Promover consciência, coragem e amor nas relações terapêuticas, contudo, é um grande desafio que, frequentemente, evoca esquiva experiencial⁴, ao conduzir ambos, terapeuta e cliente, para além de suas zonas de conforto (Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013; Vandenberghe, 2017).

A FAP propõe que a relação terapêutica modele habilidades interpessoais efetivas no cliente, de maneira que a capacidade dele de falar e agir com compaixão sobre suas verdades e dons (consciência e coragem), bem como de se engajar intimamente, em dar e receber amor seja potencializada (Tsai et al., 2011).

Como recursos fundamentais nessa condução estão alguns pressupostos do behaviorismo radical, que iluminam a função dos riscos assumidos pelo terapeuta e facilita que eles, de maneira ética e responsável, sejam traduzidos em benefícios para o cliente (Tsai et al., 2011).

São eles: a análise funcional; o reforçamento; e o foco terapêutico no “aqui e agora”.

2.1.1 Análise Funcional ou análise de contingências

De acordo com o dicionário Aurélio, o termo contingência refere-se a uma eventualidade, um acaso, um acontecimento que tem como fundamento a incerteza de que pode ou não acontecer. Na Análise do Comportamento, o termo contingência deve ser entendido enquanto uma relação de dependência que descreve como a probabilidade de um evento acontecer pode ser afetada pela ocorrência de outros eventos (Catania, 1999; Nery & Fonseca, 2018).

Todorov (1989) define contingência como uma regra que especifica relações entre eventos ambientais ou entre comportamentos (respostas) e eventos ambientais.

⁴ Evitação de eventos privados aversivos e de situações que possam evocá-los (Hayes, 2000).

Nesse sentido, realizar uma análise de contingências é empregar esforços para identificar variáveis ambientais presentes no contexto em que o comportamento (resposta) ocorre (Tsai et al., 2011).

Segundo Skinner (1953/2003) uma fórmula que represente a interação entre um organismo e o ambiente precisa contemplar ao menos três aspectos-chave: a) a ocasião em que ocorre a resposta, ou seja, toda a configuração de estímulos antecedentes presentes no ambiente; b) a resposta do organismo; e c) as consequências - alterações produzidas no ambiente pela ação do organismo. A esse modelo ele deu o nome de contingência tríplice.

A partir de tal configuração, pode ser interessante para leitores que não estão muito familiarizados com a análise do comportamento salientar um detalhe muito importante para a compreensão dessa análise. Quando falamos de comportamento, acabamos nos referindo a aspectos muitas vezes relacionados, porém distintos (Moreira & Medeiros, 2007).

Mais cedo descrevemos comportamento como ação do organismo, que só pode ser propriamente entendido quando identificadas as variáveis contextuais a ele relacionadas. Nesse momento, é crucial a compreensão da referência à palavra comportamento enquanto processo (Skinner, 1953), diferenciando-o da resposta apresentada pelo organismo. A resposta é apenas uma parte da contingência (Moreira & Medeiros, 2007). Ao analisar comportamentos, utilizando a contingência tríplice, é preciso levar em conta seu aspecto global, que é a relação entre os três termos (antecedentes, resposta e consequências).

Quanto ao termo *resposta*, há dois subtipos que merecem especial atenção durante a análise: as chamadas *respostas reflexas* (aquelas que estão sob controle de estímulos antecedentes) e as *respostas operantes* (aquelas que estão sob controle de

estímulos consequentes). Durante a análise funcional, damos ênfase a respostas operantes, mas respostas reflexas também podem ser incluídas, desde que haja uma especificação clara delas (Nery & Fonseca, 2018).

Respostas reflexas também podem aparecer na análise como efeito emocional de uma contingência operante (frustração, alegria, orgulho, vergonha, culpa, etc.), ou seja, como subprodutos dela (Baum, 1994/2006; Fonseca & Nery, 2018).

No estudo de caso que apresentaremos no capítulo três, por exemplo, a cliente Arlene, por muitos anos, tendeu a evitar sinalizar ou satisfazer suas próprias necessidades na relação com os outros em função de conflitos e consequências aversivas às quais teve contato, principalmente na relação com sua irmã (Carmen), quando precisou sinalizar ou satisfazer suas necessidades. Como efeito emocional desse tipo de contingência, Arlene frequentemente sentia *culpa* e um intenso sentimento de *inadequação*.

Ao longo da terapia, Arlene passou a ter mais clareza da função de muitos comportamentos da irmã, e hoje contingências similares passaram a gerar, como subproduto emocional, sentimento de orgulho e autocuidado, e são exemplos de ações guiadas por seus valores (e.g.: autocuidado, autonomia).

2.1.2 O Reforçamento

Como mencionado anteriormente, reforçamento é caracterizado como processo que relaciona as consequências ou contingências que afetam (aumentando ou diminuído) a força e a frequência de um comportamento. Esse processo inclui o reforço (positivo e negativo), a punição (positiva e negativa) e a extinção, e é considerado, nessa abordagem, como a causa última e fundamental de uma ação (Tsai et al., 2011).

Na perspectiva da FAP, o reforçamento alcança sua principal relevância na medida em que o repertório de enfrentamento do cliente é ampliado, fortalecido e generalizado, ou seja, quando os progressos apresentados na terapia alcançam outros contextos de sua vida particular (Xavier, 2018).

Nesse sentido, cabe acrescentar que o oferecimento de consequências (reforços) estranhas ao contexto de vida do cliente pode configurar o chamado *reforçamento arbitrário*.

De acordo com Moreira e Medeiros (2007), *reforçamento arbitrário* refere-se ao processo de exposição do organismo a consequências que são produto apenas indireto de sua ação, condição que, apesar de contribuir para a ampliação do repertório do cliente na relação com o terapeuta, pode não alcançar a generalização desse repertório, dificultando a instauração de novas respostas de enfrentamento efetivas em seu ambiente natural.

Para exemplificar, voltemos à Arlene, a cliente do nosso estudo de caso que será apresentado em detalhes no capítulo três. Diante de uma resposta (ação) de autocuidado dela na interação com a terapeuta que configurasse um comportamento de progresso (CCR2) em coragem de *pedir para mudar o horário da sessão*, por exemplo, a reação da terapeuta no sentido de parabenizar Arlene por sua coragem de pedir pelo que precisa, pode configurar um exemplo de *reforçamento arbitrário*.

Nesse caso não é muito provável que tal resposta ocorra na relação com outras pessoas em seu ambiente natural, dificultando as possibilidades de generalização para fora do consultório.

Além disso, a resposta emitida por Arlene, de *pedir para mudar o horário da sessão*, é um comportamento verbal classificado como mando direto, quer dizer, uma classe de ação verbal que inclui comandos, propostas, ameaças e pedidos, e que

exige reforçadores específicos (Kohlenberg & Tsai, 2001). No caso do exemplo acima seria *a mudança de horário desejada*.

Dentro do modelo CCA, que será apresentado na sequência, Holman et al (2017) especificam que diante do comportamento corajoso de uma pessoa, no caso do exemplo utilizado: o comportamento de *pedir pela mudança de horário da sessão*, a consequência naturalmente reforçadora seria o oferecimento da mudança de horário desejada (fornecer o que foi pedido – resposta da classe dar amor no modelo CCA). Caso não seja realmente possível essa alteração, a expressão do desejo de poder atender ao pedido, ainda que não seja possível, e a abertura para atender novos pedidos no futuro, também poderia alcançar uma função naturalmente reforçadora do comportamento de Arlene de *pedir pelo o que precisa*, e ele vir a se repetir no futuro.

Dessa forma, de acordo com Kohlenberg e Tsai (2001), ao planejar intervenções é fundamental atentar para a relevância de alguns aspectos do *reforçamento natural* - processo de exposição a consequências que são produto direto do comportamento do cliente (Moreira e Medeiros, 2007).

Durante esse processo, de *reforçamento natural*, as habilidades iniciais dos clientes devem ser observadas, levando em conta o contexto de sua aquisição. Além disso, as similaridades e diferenças entre o setting terapêutico e o ambiente natural do cliente devem ser consideradas e analisadas, de modo que as consequências oferecidas durante o processo terapêutico sejam similares às disponíveis no contexto natural do cliente, facilitando a generalização de novos repertórios para fora da sessão.

Ao contrário do *reforçamento arbitrário*, o *reforçamento natural* é um processo que tem como efeito o fortalecimento de uma ampla classe de respostas e no qual seu benefício primário é voltado para pessoa que está sendo reforçada. A sensibilidade a

esses aspectos, portanto, é considerada crucial para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas relevantes (Tsai et. al., 2011).

2.1.3 O foco terapêutico no “aqui e agora” (processo que ocorre no momento presente)

Além de ser direcionado para a generalização de novos repertórios do cliente, ou seja, de buscar promover o aumento da probabilidade da manifestação desses repertórios no contexto natural dele, considerando as propriedades similares em ambos os contextos, dentro e fora da sessão, outro aspecto do reforçamento que tem especial relevância na psicoterapia é que ele deve estar atrelado a uma abordagem “aqui e agora”. Isso quer dizer que, quanto mais próxima, no tempo e no espaço, for a consequência do comportamento, maior será seu efeito e, desse modo, poderá atingir uma ampla classe de respostas, favorecendo o processo de modelagem de repertórios mais eficazes (Tsai et al., 2011; Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013).

Dessa forma, a visão comportamental da psicoterapia fornecida pela FAP é a noção de que a ajuda do terapeuta é fornecida ao cliente através das funções reforçadoras (consequências atrativas ou aversivas), discriminativas (que sinalizam a probabilidade de acesso a estímulos atrativos e/ou aversivos, caso o comportamento seja emitido) e eliciadoras (que provocam a ocorrência de uma resposta reflexa) de suas ações, que terão efeitos mais intensos se ocorrerem durante a sessão (Tsai et al., 2011).

Utiliza-se, assim, o poder do reforço associado a uma experiência atenta, consciente e focada no aqui e agora, para criar experiências transformadoras e genuínas (Tsai et al., 2011). De acordo com Tsai et al. (2011), a melhor forma de

fazer isso requer que, acima de tudo, o terapeuta esteja em contato com suas próprias experiências a cada momento.

O contato profundo com o momento presente é crucial na medida que conduz a um aumento da consciência e do contato com as contingências imediatas, bem como a um aumento na habilidade de reforçar, de forma mais natural, aqueles com quem estabelece contato, inclusive seus clientes.

Nesse sentido, mais do que prestar atenção aos relatos dos clientes, na terapia FAP, é fundamental que o terapeuta esteja sensível ao que acontece na relação terapêutica enquanto o paciente relata. Dessa forma estará mais apto a direcionar seu foco do conteúdo relatado sobre eventos que ocorreram fora da sessão, para o momento presente, ou seja, o processo que ocorre na relação no aqui agora e, assim, oferecer consequências mais eficazes.

No entanto, manter-se no momento presente, em contato profundo com as próprias experiências pode ser um tremendo desafio (Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013)! É fundamental que os terapeutas estejam sensíveis a todos esses pontos ao formularem hipóteses e traçarem objetivos terapêuticos, o que necessariamente envolve a sensibilidade às reações do cliente às suas respostas. Muitas vezes, isso engloba exposição a riscos interpessoais importantes na interação com o cliente – sentindo e tolerando emoções difíceis; fazendo auto revelações; expressando emocionalmente o impacto das ações do cliente; bloqueando esquivas; sinalizando limites e necessidades; fazendo pedidos; solicitando tarefas, etc. (Holman et al., 2017).

2.2 Fases da FAP – Modelos Clínicos

De acordo com Vandenberghe (2017), a FAP tem passado por algumas fases através das quais vem se reinventando. Segundo ele, em cada fase há um foco clínico específico.

Nesse trabalho aprofundaremos o estudo da terceira fase, referente ao modelo CCA, a partir do qual foi formulado o estudo de caso em que nos ateremos na próxima seção. A seguir, citaremos apenas brevemente as características principais da primeira e da segunda fase.

2.2.1 Modelo das Cinco Regras

A primeira fase da FAP surgiu nos anos de 1980 e propôs o modelo das 5 regras, que é um modelo flexível no qual o terapeuta é orientado a promover melhoras clínicas a partir de uma atuação focada nos chamados comportamentos clinicamente relevantes do cliente (os *CCRs*) (Vandenberghe, 2017).

Esses comportamentos, os *CCRs*, são classificados na FAP em três tipos:

a) *Comportamentos Clinicamente Relevantes do Tipo 1 (CCR1)* – respostas que refletem, na relação terapêutica, os problemas e as dificuldades interpessoais dos clientes, as quais devem ter sua força e frequência diminuídas ao longo do processo psicoterapêutico;

b) *Comportamentos Clinicamente Relevantes do Tipo 2 (CCR2)* – respostas que refletem, na relação terapêutica, os progressos do cliente em relação aos *CCRs 1* e que devem ter sua força e frequência intensificadas; e

c) *Comportamentos Clinicamente Relevantes do Tipo 3 (CCR3)* – respostas verbais do cliente (interpretações) que descrevem e relacionam as contingências nas quais os *CCRs1* e *2* ocorrem, na tentativa de dar razões e elucidar suas causas.

Descrever relações funcionais pode aumentar as chances acessar reforçadores, nesse sentido, sua ocorrência pode ter a função de evocar *CCR2*, favorecendo a incidência de melhoras terapêuticas (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Comportamentos clinicamente relevantes equivalentes de problema e melhora que ocorram fora da sessão e interpretações refere a eles são chamados de *Os*, e também são classificados da mesma forma que os *CCRs*. Por exemplo: *Os1 – Problema e Os2 progresso* (Tsai et al., 2011).

Todos esses comportamentos devem ser cuidadosamente observados na relação terapêutica antes de serem classificados em um tipo ou em outro, como veremos a seguir na descrição da regra 1. Nesse sentido, é fundamental que o terapeuta dirija um olhar personalizado para cada cliente na formulação de cada caso (Tsai et al., 2011).

No caso de Arlene, a cliente da qual falaremos mais profundamente no capítulo três, os *CCRs do tipo 1* que têm sido trabalhados estão relacionados a um padrão de esquiva experiencial. Por exemplo: *Evitar falar sobre seus sentimentos, pensamentos e emoções; ignorar perguntas nesse sentido ou responder de forma rasa; evitar expressar emoções (esquiva experiencial); evitar revelar suas necessidades e suas dificuldades; evitar sinalizar limites; dificuldade de pedir pelo o que precisa (remarcações de horários, negociação na forma do pagamento, etc); dificuldade de aceitar ajuda oferecida pela terapeuta (compreensão, compaixão, negociação de pagamento e horários, etc).*

Os *CCRs do tipo 2* referem-se justamente a avanços em relação aos *CCRs do tipo 1* citados acima, como por exemplo: *Revelar dificuldades; expressar emoções; sinalizar necessidades e limites; conversar sobre o que precisa (fazer pedidos), sobre o que foi oferecido e fornecer feedbacks sobre o que está ou não funcionando*

para ela na relação terapêutica; e aceitar quando a terapeuta atende seus pedidos (receber o que pediu).

Como exemplo de *CCR do tipo 3* temos a frase de Arlene a seguir: *“Eu acho que gosto das coisas separadinhas. Coloco as pessoas em algumas caixinhas. Acho que por isso tenho dificuldade de me abrir com você às vezes. Porque você não está na caixinha de amiga. Você está a caixinha de terapeuta. Eu sei que é meio confuso, mas eu gosto disso. Acho que gosto de certa distância entre a gente. Tenho medo de qualquer aproximação, já fui tão machucada...”*

Nessa fala, Arlene descreve sua dificuldade em se aproximar emocionalmente da terapeuta (*CCR1*) em função de ter sido muito magoada em outros relacionamentos no passado, sinalizando, de forma indireta, para terapeuta que ela precisa se sentir mais segura na relação para conseguir se aproximar mais (*CCR2*).

Dessa forma, os *CCRs* podem aparecer a qualquer momento na interação cliente-terapeuta, e este deve estar bastante sensível a que classe funcional esses comportamentos pertencem para que possa realizar uma intervenção que contribua para a evolução produtiva desse padrão, não apenas na relação terapêutica, mas especialmente nas relações do cliente fora do consultório (Vandenberghe, 2017).

Para isso, é fundamental que o terapeuta FAP também esteja sensível aos próprios comportamentos clinicamente relevantes (os chamados *T1 e T2* – comportamentos clinicamente relevantes do terapeuta) que surgem na interação com cada cliente e que podem, assim como os *CCRs* dos clientes, interferir, atrasar (*T1-comportamentos-problema do Terapeuta*), ou potencializar (*T2 – Comportamentos-alvo do Terapeuta*) o processo de mudança terapêutica.

No caso da terapia de Arlene, a terapeuta observou ao longo do processo que alguns comportamentos tinham função de *T1*. São alguns deles: *Focar mais no*

conteúdo relatado e nas emoções relacionadas a eles do que no processo e nas emoções que surgem no momento presente (na relação T-C), e evitar expressar as próprias necessidades, dificuldades e emoções (vulnerabilidade) na relação.

Esses comportamentos contribuíram para uma distância emocional significativa entre terapeuta e cliente, interferindo no progresso da terapia. Comportamentos da terapeuta no sentido de expressar vulnerabilidade (necessidades, dificuldades e emoções), relacionadas ao que acontece na relação terapêutica, no aqui agora, configuram exemplos de *T2*, no caso da terapeuta de Arlene.

Dessa forma, considerando os *CCRs* e seus tipos (*CCRs 1, 2 e 3; Os 1e 2, e Ts 1 e 2*), a primeira regra do modelo refere-se a observá-los atentamente, buscando identificar a que classe funcional pertencem. Um exercício bastante complexo. Pode levar algum tempo até que se tenha informações suficientes para identificar, com clareza e segurança, se são *CCRs* que devem ter sua força e frequência aumentadas (*CCR2*) ou não (*CCR1*).

Vandenberghe (2017) destaca a importância e a dificuldade da postura contextual esperada do terapeuta FAP, por se debruçar de forma profunda no conhecimento de seu cliente, de sua história de vida, suas buscas e seus recursos de enfrentamento, para que as intervenções sejam, de fato, bem-sucedidas.

A segunda regra pode ocorrer independente da ocorrência da primeira, uma vez que as características mais próprias do terapeuta (gênero, aparência, tom de voz, velocidade, gestos, estilo, etc.) podem ser suficientes para realizá-la (Kohlenberg & Tsai, 2001). Essa regra refere-se a *evocar* comportamentos clinicamente relevantes (*CCRs*), muitas vezes, espontaneamente, independente de uma intenção ou planejamento prévio do terapeuta. Nesse caso, a flexibilidade do terapeuta na condução do processo se faz ainda mais imprescindível, tendo como objetivo *evocar*

CCRs1 e prover condições para a ocorrência, fortalecimento e generalização dos *CCRs2* (Kohlenberg & Tsai, 2001).

A terceira regra refere-se a prover *consequências relevantes* (reforçamento natural, considerando as similaridades entre os contextos internos e externos à sessão) aos *CCRs 2* (Kohlenberg & Tsai, 2001) (Vandenberhge, 2017).

A quarta regra deve ser realizada buscando conferir se os efeitos decorrentes dessas consequências (os reforços providos pelo terapeuta) foram realmente eficazes (Kohlenberg & Tsai, 2001) (Vandenberhge, 2017).

Por fim, a quinta regra refere-se a uma conversa clara com o cliente sobre os progressos que ocorreram na sessão, oferecendo interpretações funcionais dos comportamentos apresentados, por exemplo, e discutindo possíveis chances de emissão desses comportamentos de melhora (*CCRs2*) com outras pessoas relevantes de seu ciclo social, fora da sessão (progressos correspondentes fora da sessão - *Outside 2* ou *Os2*). Constituindo uma tentativa de ampliar as possibilidades de generalização para o ambiente natural do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001; Vandenberhge, 2017).

2.2.2 Modelo da sequência Lógica (12 passos)

A segunda fase, denominada “modelo da sequência lógica”, de acordo com Vandenberghe (2017), foi proposta por Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Bush (2011) e retomada em publicações posteriores. Ele surgiu diante da necessidade de adequar o modelo das cinco regras, que, apesar de flexível, era muito complexo do ponto de vista experimental. Buscou-se desenvolver adaptações, portanto, para promover um modelo que favorecesse a realização de estudos empíricos capazes de verificar o mecanismo de mudança proposto, bem como facilitar o processo de treinamento de novos terapeutas.

Nesse sentido, configurou-se um modelo baseado na colaboração entre terapeuta e cliente, que verificam juntos a pertinência das análises funcionais extensas e cuidadosas propostas pelo terapeuta. Tais análises devem dar ênfase à identificação e verificação de paralelos de “fora para dentro” e de “dentro para fora” da sessão (similaridades funcionais entre os contextos). É um modelo constituído por 12 passos que devem ser executados em sequência e reavaliados sempre que necessário ao longo do processo (Vandenberghe, 2017).

De acordo com Vandenberghe (2017) são eles:

1. Terapeuta estabelece um paralelo “fora para dentro” e o discute com o cliente.
2. Cliente confirma o paralelo.
3. Terapeuta evoca comportamento clinicamente relevante.
4. Cliente emite o comportamento “problemático” (CCR1).
5. Terapeuta enfraquece esse comportamento.
6. Cliente emite comportamento mais “saudável” (CCR2).
7. Terapeuta reforça esse novo comportamento.
8. Cliente engaja-se no comportamento mais saudável (CCR2).

9. Terapeuta verifica o efeito das suas ações descritas anteriormente sobre o cliente.
10. Cliente engaja-se em mais comportamento mais saudável (CCR2).
11. Juntos estabelecem um paralelo “dentro para fora”.
12. Juntos combinam uma lição de casa.

Nele a atuação do terapeuta ganha extrema rigidez configurando um estilo de fazer terapia que se distancia bastante da FAP (Vandenberghe, 2017). E, apesar de haver apoio experimental para progressos clínicos decorrentes da evocação e do reforçamento de comportamentos clinicamente relevantes, de acordo com Villas Bôas, Meyer & Kanter (2016) mudanças no contexto natural dos clientes não são necessariamente alcançadas.

Dessa forma, mesmo com toda a clareza operacional que oferece para a atuação do terapeuta, o modelo não foi validado, aludindo à necessidade de resgatar a busca por caminhos capazes de elucidar as variáveis que realmente contribuem para um relacionamento curativo (Vandenberghe, 2017).

2.2.3 Modelo CCA - Consciência, Coragem e Amor Modelo (do inglês: ACL Model: Awareness, courage and love)

Nessa busca por maior clareza sobre as variáveis terapêuticas das relações, Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017) organizaram e descreveram o chamado ACL Model - Awareness, courage and love (em português: Modelo CCA – Consciência, Coragem e Amor).

Em consonância ao modelo das cinco regras, do ponto de vista do terapeuta, consciência está relacionada à regra 1 (observar *CCRs*) e 4 (verificar o efeito do reforçamento), coragem à regra 2 (evocar *CCRs*) e amor à regra 3 (reforçar *CCRs*2). De acordo com Maitland, Kanter, Manbeck, & Kuczynski (2017), a regra 5, por buscar formular análises funcionais do comportamento do cliente visando a incrementar a generalização dos *CCR*2, está relacionada a consciência, coragem, amor, e ao behaviorismo, considerado quarto termo do modelo, que foi apresentado inicialmente por Tsai et al. (2011).

O Modelo CCA estrutura os processos da FAP configurando uma proposta de análise que, embora não substitua a análise funcional tradicional, visa contribuir para a iluminação de aspectos terapêuticos importantes e padrões chaves que auxiliam o terapeuta a ter mais *clareza* de seus objetivos e de suas intervenções (Holman et al., 2017).

É um modelo baseado em décadas de estudos que apontam para a necessidade de orientar o olhar clínico para alguns aspectos da *conexão social* que convergem para um padrão significativo em relações saudáveis de intimidade (Holman et al., 2017). Segundo Holman et al. (2017), apesar da importância da *conexão social* para o bem-estar humano e de sua forte relação com o sofrimento psicológico, a experiência em treinamento de terapeutas tem revelado que muitos clínicos ainda não compreendem

profundamente o valor da conexão social e as implicações clínicas dela decorrentes, especialmente quando se trata de uma perspectiva comportamental contextual. Esses autores propõem que, quando o sofrimento do cliente está, de alguma forma, relacionado a problemas de intimidade, esse pode ser um modelo de análise especialmente útil.

De acordo com essa proposta, o termo *CORAGEM* refere-se à variedade de comportamentos do indivíduo (classe de respostas) que exercem a *função* de contribuir para que, apesar da vulnerabilidade (sentir emoções difíceis/aversivas), a pessoa se expresse apropriadamente, ou seja, de forma profunda, significativa e eficaz, em situações sociais (Holman et al., 2017).

Dentro dessa classe funcional, podemos encontrar ações que aparecem das mais diversas formas (topografias). Por exemplo: a) revelar-se ou expressar-se profunda e genuinamente, apesar do risco de ser incompreendido ou rejeitado; b) pedir pelo que precisa, correndo o risco de não ser atendido; c) e, até, mesmo sem precisar dizer uma palavra, demonstrar profundamente (emocionalmente) o impacto da relação, e sinalizar suas necessidades que podem ser as mais diversas, como: necessidade de aproximação, limites, feedbacks claros, afeto, etc.

Além disso, do ponto de vista do terapeuta, na interação com o cliente, a manifestação de sua coragem pode aparecer também nas formas de: uma abertura para ser autêntico, auto revelações a serviço do desenvolvimento do cliente, tolerância e perseverança diante do medo de lidar com situações desafiadoras (Kohlenberg, Tsai & Callagan, 2013).

Não podemos esquecer, contudo, que o foco das intervenções deve estar sempre atrelado à *função* que elas representam (Holman et al., 2017). Dessa forma, fortalecer o vínculo terapêutico, oferecer para o cliente a noção de normalidade de suas

experiências, construir um modelo de relação de intimidade na qual há demonstração genuína de respeito, confiança, consideração e uma equalização de poderes, permitindo que a relação seja o mais horizontal quanto possível, podem configurar exemplos de função para as topografias apresentadas (Kohlenberg, Tsai & Callagan, 2013).

Nesse sentido, então, o terapeuta deve buscar utilizar sua própria *coragem* (habilidade em correr riscos interpessoais ao expressar sua vulnerabilidade na execução de estratégias clínicas) para *evocar* (regra 2) comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) do cliente e *responder* (regra 3) a eles durante a sessão, no momento em que ocorrerem (Kohlenberg, Tsai & Callagan, 2013).

Respostas do terapeuta relacionadas a “pedir descrições” (regras 1, 4 e 5) e a tentativas de reforçar melhoras (regra 3) que puderem ocasionar *CCRs* do cliente, e assim, configurar risco de ter seu comportamento punido pelo cliente, podem representar exemplos de coragem terapêutica. Além disso, respostas de coragem também podem envolver a estruturação da sessão de modo que tenha efeito evocativo, a realização de métodos evocativos (e.g. associação livre) e a utilização de si mesmo como instrumento de mudança (Xavier, 2018).

Ações como essas tendem a levar tanto terapeuta, como o cliente, para fora de suas zonas de conforto ao desafiar seus limites de intimidade (Vandenberghe, 2017; Kohlenberg, Tsai & Callagan, 2013).

A palavra *AMOR*, por sua vez, representa uma classe de respostas que sinaliza a abertura sensível ao comportamento corajoso do outro, de modo a promover o reforçamento desse comportamento corajoso (aumentando a probabilidade de ele ser emitido em maior força e variabilidade no futuro) (Holman et al., 2017).

Refere-se, assim, a uma classe ampla em que suas respostas também podem aparecer de diversas formas, desde que tenham a *função* de acolher e fortalecer a coragem do outro. Por exemplo: a) ouvindo-o com atenção e sensibilidade; b) respeitando limites; c) sinalizando sua abertura a feedbacks; d) pedindo desculpas sinceras, de forma adequada, quando apropriado; e) expressando apreciação; f) fazendo uma autorevelação; g) atendendo a um pedido; h) ou mesmo, negando um pedido, de modo que a pessoa se sinta respeitada e compreendida ao ter sido corajosa, ainda que não possa ser atendida (Holman et al., 2017).

De acordo com Tsai, Callagan e Kohlenberg, (2013), nos termos da FAP, esse amor terapêutico está relacionado a um cuidado profundo e ético no qual o terapeuta encoraja o cliente a crescer e fazer mudanças rumo aos seus valores. Assim, a expressão do amor terapêutico deve ocorrer a partir de uma postura compassiva, cuidadosa, respeitosa e acima de tudo, a serviço da construção de um repertório de enfrentamento mais efetivo para o cliente.

Para isso, é importante estar sensível ao repertório de base do cliente e às reações que ele apresenta às intervenções, de modo a conferir se realmente alcançou-se o efeito esperado, de encorajar que ele se desafie rumo aos *CCRs2*, mas sem exigir demais dele, respeitando seus limites (Tsai et al., 2011; Tsai, Callagan & Kohlenberg 2013).

O terapeuta, então, utiliza-se de suas próprias revelações (pensamentos, emoções, respostas fisiológicas) para reagir às ações do cliente (*CCRs*), de forma cuidadosa e genuína, buscando modelar (e.g. reforço diferencial) comportamentos interpessoais mais efetivos e promover sua generalização para fora da sessão (Xavier, 2018).

Holman et al. (2017), chamam atenção para um aspecto fundamental da classe *AMOR* que adquire relevância especial em ambientes hostis, incluindo o trabalho de

terapeutas com clientes agressivos e resistentes à vulnerabilidade, que é o *AMOR PRÓPRIO*, por eles operacionalizado em três aspectos principais:

- I. *Auto aceitação*: que significa estar aberto a qualquer experiência vivida.
- II. *Aceitação do amor dos outros*: que envolve considerar-se merecedor de amor e cuidado e permitir a aproximação amorosa dos outros. Este é considerado aspecto-chave, em decorrência do fato de que a recusa de amor e de tentativas de ajuda, apoio e suporte de outras pessoas costuma ser uma forma de autonegação e castigo auto infligido.
- III. *Autocuidado*: refere-se ao engajamento em atividades relaxantes, que rejuvenescem e recarregam as pessoas ou que lhes deem prazer. Tem a função de ajudar as pessoas a permanecerem efetivas em suas relações, especialmente em momentos difíceis de sobrecarga e estresse.

Vandenberghe (2017, p. 214) destaca que:

“A conexão curativa envolve aceitar, de forma recíproca, o amor que o outro oferece, e comunicar o sentimento de proximidade com essa pessoa. Tal reciprocidade ocorre quando ambos mostram coragem e amor, trocando as posições de maneira fluida.”

Essa relação entre coragem e amor é interessante por que ajuda esclarecer algumas dinâmicas interpessoais relevantes. Em termos comportamentais, por exemplo, uma pessoa A se move corajosamente em direção à outra (pessoa B), revelando-se profundamente (exemplo de ação corajosa); quando a pessoa B a consequência utilizando a classe de respostas que chamamos de *AMOR*, o comportamento corajoso da pessoa A é reforçado, de modo que ao longo do tempo o

repertório dela é ampliado e os mais diversos comportamentos em direção à pessoa B aumenta em intensidade e frequência. Ao mesmo tempo, quando as pessoas não agem de forma responsiva (atenciosa, acolhedora e sensível), tendemos a parar de nos abrir e a diminuir o investimento na relação (Holman et al., 2017).

Seguindo esse raciocínio, quando uma pessoa se engaja em comportamentos vulneráveis de autorevelação (ou seja, corre riscos interpessoais de sofrer críticas e rejeições, exercitando sua coragem em se abrir), a resposta amorosa (empatia, compreensão, compaixão, doação e validação) da outra pessoa é ingrediente crucial na construção de uma conexão de intimidade (Holman et al., 2017).

Para que essa troca fluida ocorra com mais frequência e consistência, a instância da *CONSCIÊNCIA* se torna fundamental. Consciência, de modo geral, quer dizer estar atento e sensível ao que acontece no momento presente (Holman et al., 2017). Nesse modelo, refere-se a estar preparado para notar e acolher os próprios sentimentos e necessidades, bem como estar sensível ao que o outro sente ou necessita (Vandenberghe, 2017). Em outras palavras significa estar consciente de si mesmo, da (as) outra (as) pessoa (as) e do que está acontecendo na interação (Holman et al., 2017). A ausência de consciência, por outro lado, pode resultar, como destacam Holman et al. (2017), em uma espécie de piloto automático, no qual as respostas das pessoas perdem consonância com o momento presente e dilemas cognitivos tendem a ganhar força.

Assim, a função primordial da consciência dentro do modelo CCA é promover a capacidade de saber quando e como se engajar em uma ação corajosa com alguém ou oferecer uma resposta amorosa adequada a cada contexto, de modo que tais ações resultem em um aumento da conexão entre as partes envolvidas.

Entendida em termos comportamentais como classe de comportamento que transforma funções, a *consciência* tem por seu objetivo final aumentar a chance das pessoas se engajarem em ações funcionais mais eficazes (Holman et al., 2017).

Holman et al. (2017, p. 71) exemplificam: “Por meio da consciência, situações que no passado evocavam esquivas, podem passar a ter novas funções que são mais adaptativas”.

O modelo CCA sugere que, quando clientes sofrem com problemas de *conexão social*, a dificuldade primária em questão pode ser a *Consciência*, no sentido de que eles podem estar deixando passar despercebidas aspectos relevantes da interação que sinalizam oportunidades de ações funcionais úteis. Holman et al. (2017), propõem que quanto mais sensíveis ao momento presente, quer dizer: a) às nossas sensações corporais; b) aos nossos pensamentos e sentimentos; c) aos nossos valores, às nossas necessidades, aos nossos objetivos e à nossa identidade; e d) às respostas dos outros, mais aptos estaremos a reconhecer essas oportunidades.

Em sua essência, a FAP propõe que o *modelo CCA - consciência, coragem e amor* - seja incorporado pelos terapeutas em sua vida pessoal e profissional, da mesma forma como é proposto aos clientes (dentro e fora da sessão). Assim, torna-se possível oferecer não apenas uma relação verbal (o falar) sobre a relevância de agir com consciência, coragem e amor, nas relações interpessoais, mas a demonstração para o cliente do que isso significa na prática, convidando-o a experimentar, na própria relação terapêutica essa consciência, essa coragem e esse amor a partir dos quais consideram fruto relações intensas e curativas (Holman et al., 2017).

Nesse sentido, é importante que o terapeuta esteja sensível (consciência) ao que está acontecendo, a cada momento (aqui, agora), nele mesmo, em seu cliente e na

interação entre ambos, especialmente se estão havendo oportunidades para o engajamento em ações corajosas e amorosas (Holman et al., 2017).

Além disso, pode ser crucial a sua abertura e disposição para, junto com o cliente, experimentar as incertezas de estar fora da zona de conforto, desafiando seus padrões de relacionamentos disfuncionais (coragem), ao mesmo tempo em que cria um ambiente acolhedor, compreensivo (Vandenberghe, 2017). Assim, o terapeuta convida seu cliente a ser corajoso e vulnerável, de modo a reforçar suas pequenas melhoras, no momento em que elas ocorrem (amor).

Para tanto, é essencial que os terapeutas cultivem sua capacidade de se cuidar e recarregar sua motivação para persistir sendo positivo mesmo quando clientes não respondem bem a seus esforços (*amor próprio*) (Tsai, Callagan & Kohlenberg,, 2013; Holman et al., 2017).

3 Formulação Comportamental Baseada no Modelo ACL

A partir desse modelo, segundo Holman et al. (2017), durante o processo de formulação da análise do caso, o terapeuta é instigado a buscar, na interação com o cliente, respostas para as seguintes perguntas:

1. *O que essa pessoa mais precisa fazer na vida agora?*

Especificando comportamentos práticos e lembrando de incluir fatores como crenças, visões, aceitação, etc.

2. *O que é mais importante para essa pessoa praticar, agora, na sessão, para obter maiores benefícios até a próxima sessão?*

a) O que ela precisa aceitar e experienciar?

b) Em que ela precisa pensar sobre? Ou pedir? Ou sentir? Ou prestar atenção?

c) O que ela precisa fazer?

3. *O que essa pessoa faz que atrasa ou impede o progresso na terapia?*

a) Qual é a função desse comportamento?

b) Descrever da perspectiva do cliente

4. *De que forma esse comportamento está relacionado à história do cliente?*

5. *Quais são as coisas mais importantes para o terapeuta fazer na sessão com esse cliente?*

6. *O que você enquanto terapeuta está disposto a experimentar e aceitar para que isso aconteça?*

Além disso, é preciso observar fatores como:

a) Comportamentos-chave e contextos que estão relacionados aos problemas atuais do cliente;

b) Buscar uma função clara desses comportamentos;

- c) Procurar classes funcionais relacionadas;
- d) Definir progressos, ainda que pequenos;
- e) Notar os Comportamentos Clinicamente Relevantes (CCRs 1 e 2) do cliente no momento em que acontecem;
- f) Definir como esses *CCRs 1 e 2* podem aparecer na relação terapêutica;
- g) Entender seus próprios comportamentos clinicamente relevantes que também podem interferir, atrasar (*T1- comportamentos-problema do Terapeuta*), ou potencializar (*T2 – Comportamentos-alvo do Terapeuta*) o processo de mudança dos clientes.
- h) Moldar e refinar seu entendimento sobre esses aspectos ao longo do processo, observando como eles atendem aos objetivos terapêuticos.

Considerando esses fatores e as questões de orientação sugeridas, oferecemos abaixo uma formulação comportamental de um caso clínico a luz desse modelo de análise.

A divulgação do caso foi autorizada pela cliente em documento fornecido pelo Instituto Brasiliense do Análise do Comportamento – IBAC (anexo 1). Os nomes utilizados durante a apresentação do caso são todos fictícios.

Método

Dados gerais

Arlene (nome fictício) é uma mulher de classe média que tem 41 anos e trabalha como servidora pública da área da educação. Há aproximadamente 6 anos, em decorrência de períodos de afastamento longos e recorrentes relacionados a depressão, foi readaptada e hoje exerce uma função administrativa.

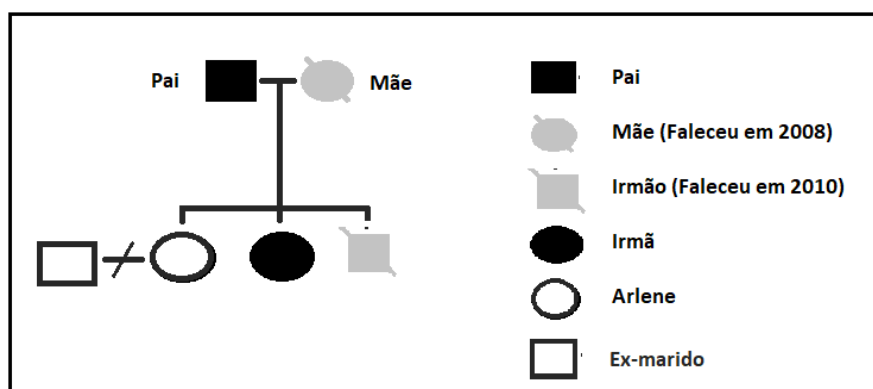
Arlene nasceu em uma cidade do interior de outro estado. Como podemos observar na figura 1, Arlene é a filha mais nova dentre três. Tem 13 anos a menos que a irmã e 15 anos a menos que o irmão.

Aos 20 anos, veio para o Distrito Federal (DF) trabalhar e estudar. No início morava com o irmão que já vivia em Brasília há alguns anos. Nos anos que se seguiram dividiu apartamento com algumas amigas. Também já chegou a morar um tempo na casa da irmã que também morava no DF com o namorado, na época.

Frequentou a Igreja evangélica por muitos anos. Era bastante envolvida com o coral e outras atividades da igreja.

Foi casada por 4 anos. Depois do divórcio passou a morar sozinha e se viu obrigada a abandonar a igreja por se sentir muito cobrada e invalidada diante de valores religiosos muito rígidos. Desde então teve dois namorados e atualmente está solteira.

Figura 1 – Genograma familiar



Queixas e Demandas

Arlene relata muito sofrimento nas relações interpessoais, especialmente na interação com a irmã, com o pai e com algumas amigas e colegas de trabalho. Descreve que *“é como se para cada contexto em que se encontra, tivesse que vestir uma máscara diferente, buscando evitar desagradar as pessoas ao redor, mesmo que isso signifique uma renúncia à minha própria identidade”*.

Sua maior dificuldade é conseguir se defender de comportamentos abusivos que surgem nessas relações. Há muitos comentários e críticas sobre o seu corpo, sua beleza, suas roupas e seus gostos. Relata que seu padrão é *“engolir tudo calada, para não desagradar ninguém e manter a paz no ambiente, enquanto que por dentro estou fervendo de raiva”*. Chega a ficar meses remoendo algumas situações de humilhação.

Além disso, em função de alguns parâmetros corporais alterados revelados em seu último *check up*, observa-se a necessidade de desenvolver um repertório de tolerância a frustração e autocontrole, de modo que suas estratégias direcionadas a medidas necessárias ao seu autocuidado sejam mais efetivas.

Mandato Terapêutico

Quando questionada sobre seus objetivos com a terapia a cliente respondeu: *“Quero aprender a me cuidar mais, me colocar em primeiro lugar nas relações. Quero me entender melhor para conseguir evitar ter crises como já tive e sair dessa depressão”*.

Ao longo do processo essa fala foi sendo ampliada e operacionalizada em um esforço conjunto entre a terapeuta e a cliente como uma busca por maior autenticidade e autonomia nas relações interpessoais. Isso significa tentar se redescobrir e se reconhecer profundamente, buscando agir de forma mais conectada e

coerente com seus valores, pensamentos e emoções, buscando estabelecer vínculos interpessoais mais equilibrados e valiosos, mesmo que isso signifique correr o risco de frustrar e desagradar algumas pessoas. Em algumas situações também pode significar dar o melhor de si, ainda que sinta medo e vergonha, ou que precise pedir ajuda, aproximação, tolerância, cuidado, espaço e respeito.

Procedimento

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 143 sessões, iniciadas em 09 de janeiro de 2015. Inicialmente as sessões eram realizadas uma vez por semana, mas entre o período de 04 de outubro de 2016 e 21 de dezembro de 2017, os encontros foram intensificados e passaram a ocorrer duas vezes por semana. A partir de uma reavaliação conjunta entre terapeuta e cliente, em janeiro de 2018, retornamos à frequência inicial de apenas uma sessão semanal.

Os atendimentos foram realizados no consultório da autora. Uma sala arejada (janela grande e ar condicionado), com luz natural (amenizada por cortinas) e artificial (branda), na qual havia uma poltrona, um sofá com duas almofadas, um armário, uma mesa e uma cadeira de escritório em cores neutras.

Nas sessões iniciais do processo terapêutico de Arlene, as estratégias de intervenção utilizadas foram relacionadas à coleta de dados a partir de perguntas abertas e de uma postura respeitosa, interessada e cuidadosa da terapeuta.

Ao longo do processo notou-se que havia uma distância importante (*CCRI/TI – comportamentos-problema de ambas*) entre a cliente e a terapeuta que contribuía para a manutenção de problemas de relacionamento da cliente (déficits em consciência, coragem e amor) também fora da sessão (*OsI*). Nesse sentido, estratégias de *autorevelação* (revelação, por parte da terapeuta, de experiências

relacionadas ao que a paciente trazia, com função de validar o sofrimento da paciente e promover conexão – ampliar a consciência da cliente em relação à terapeuta como ser humano real); *expressão emocional* (como função de apresentar um modelo de vulnerabilidade e coragem e, promover conexão – ampliar o repertório da cliente em consciência da terapeuta e habilidades de dar e receber amor); e *revelação assertiva* (de admiração, agradecimento, incômodos, medos, necessidades) da terapeuta foram ganhando mais espaço na tentativa de oferecer modelos e de evocar conexão, promovendo o desenvolvimento dos repertórios de consciência do outro e da relação, coragem em se vulnerabilizar e em dar e receber amor.

Perguntas sobre o impacto da interação e das intervenções propostas, e sobre as necessidades e as emoções suscitadas na relação também passaram a acontecer de forma mais direta e frequente, visando promover a ampliação do repertório de consciência da relação, e oferecer um espaço seguro para ações vulneráveis (pedidos; expressão emocional; revelação de sua história, seus medos, etc.). São exemplos de algumas delas: *O que você está sentindo/pensando/precisando agora? Há algo que você precisa me pedir agora? Como você acha que eu estou me sentindo agora? O que você imagina que eu estou pensando sobre você diante do que acabou de acontecer? Estou notando sua emoção agora e ela me dá uma noção profunda de como tudo isso que você relatou é difícil para você. Sinto que te entendo melhor agora e acho que minha emoção está te refletindo isso, você consegue notar minha emoção de estar aqui com você?*

Análise do Caso em Termos CCA

Comportamentos Clinicamente Relevantes do tipo 1 – CCRs1

Como vimos anteriormente, os *CCRs1* são aqueles *comportamentos-problema* da cliente que refletem, na relação com a terapeuta, déficits em consciência, coragem e amor, e contribuem para a manutenção de seus problemas interpessoais fora da sessão (*Os 1*). Ao longo do processo de Arlene foram identificados os seguintes *CCRs 1*:

- Expressar pouca clareza sobre seus valores, suas crenças, sua história, suas verdades, suas dores e seus medos, ignorando as perguntas da terapeuta ou respondendo de forma vaga e rasa. (*Déficit em consciência de si*)
- Baixa percepção do custo emocional elevado de ser “a cliente perfeita”, que não dá trabalho; pouca discriminação de suas necessidades e de suas emoções. Ex: Empregar grande quantidade de esforços para estruturar sua rotina de modo que consiga evitar chegar atrasada à sessão, evitar faltar e evitar atrasar o pagamento. (*Déficit em consciência de si*)
- Percepção frágil do impacto da interação na terapeuta: pouca clareza sobre a preocupação e o interesse genuíno da terapeuta em ajudar e ações nesse sentido; (*Déficit em consciência do outro*)
- Pouca abertura para uma conexão genuína com a Terapeuta. Ex: Evitar: olhar diretamente para a terapeuta, fazer perguntas, sinalizar o impacto da interação, fazer comentários sobre o que é trazido pela terapeuta, etc..
- (*Déficits em coragem se abrir para uma conexão genuína*) Baixa sensibilidade à emoções e necessidades da terapeuta suscitadas na relação. Ex: Passa minutos em silêncio fixando o olhar em algum objeto. Ignora

perguntas. Nesses momentos é como se demarcasse um território no qual depois daquele limite o terapeuta não está autorizado a entrar.

(Déficits em consciência do outro e em prover segurança, dar amor)

- Evitar vulnerabilidade: Demonstrar bastante dificuldade em manter-se vulnerável e imperfeita na relação, emitindo respostas frequentes de esquivas experienciais.
- Evitar aprofundar em sua história e em suas verdades (medos, dores, dificuldades, limitações);
- Evitar entrar em contato com as próprias necessidades e emoções, na presença da terapeuta;

(Déficits em coragem de se abrir para uma conexão genuína)

- Evitar expressar suas necessidades e emoções; diante do menor sinal emocional, busca minimizá-lo empregando estratégias de bloqueio da emoção e secando rapidamente o rosto ao cair uma lágrima. Quando esses recursos não são suficientes, se entrega ao choro, mas logo se fecha dentro dele, distanciando-se emocionalmente da terapeuta, evitando “dar trabalho” e, assim, de entrar em contato com a emoção e o cuidado da terapeuta.
- Evitar pedir ajuda e sinalizar claramente suas necessidades. Ex: evitar solicitar um horário e/ou formas (dia) de pagamento mais convenientes; evitar procurar a terapeuta fora do horário estipulado para a sessão, mesmo que esteja se sentindo muito mal e precisando muito de ajuda; evitar sinalizar quando discorda da terapeuta ou quando a intervenção não é eficaz; Evitar aceitar ajuda. Ao fazer um pedido, logo volta atrás e recusa a aceitar o que

pediu. Ex: Ao fazer uma revelação forte ou algum pedido importante, tende a voltar atrás logo em seguida (pedindo desculpas e se fechando, tornando-se indisponível antes mesmo que a terapeuta tenha tempo hábil para se movimentar para ajudá-la.

(Déficits em coragem e em receber amor)

Comportamentos do tipo 1 que ocorrem fora da sessão – *OsI*

Assim como os CCRs1, há comportamentos-chave do cliente que refletem seus déficits em consciência, coragem e amor nas relações de seu contexto natural. Esses comportamentos são chamados de *OsI* (*out side session I*). No processo de Arlene foram identificados os seguintes *OsI*:

- Evitar desagradar/incomodar a todos que a cercam.
- Evitar discordar das pessoas para não criar um “clima” desconfortável, mesmo quando se sente incomodada com o rumo da discussão;
- Evitar falar de seus problemas com os amigos e familiares.

(Déficits em coragem em se abrir para uma conexão genuína)

- Evitar ficar sozinha. Preferir estar na presença de pessoas cruéis e invalidantes do que na própria companhia. Não desfrutar de sua própria companhia em casa. Nesse caso, evitar estar sozinha a “qualquer custo”, tem sido considerada como uma forma de esquiva experiencial relacionada a pensamentos e sentimentos negativos sobre si mesma (primeiro ano de terapia).
- Priorizar as necessidades dos outros em detrimento das dela quando há algum conflito eminente. Ex: permanecer em encontros rapazes agressivos e desrespeitosos como forma de não os desagradar; permanecer em eventos sociais mais do que gostaria como forma de evitar desagradar as outras pessoas; manteve o contato com a irmã mesmo sentindo-se desrespeitada, humilhada e manipulada em todas as interações, fingindo não sentir o impacto dessa interação, passando por cima de si mesma de modo a honrar o valor familiar da mãe de que: “Irmãos tem que ser amigos”;

- Evitar sinalizar seus desconfortos na relação com o pai e com a irmã sob controle do medo de não ser compreendida ou de ele ficar do lado da irmã;
- Tolerar e permanecer por bastante tempo em um ambiente de trabalho competitivo, antiético e nocivo, por medo da reação das outras pessoas;

(Déficits em consciência de suas necessidades, coragem de fazer mudanças/correr riscos e em receber amor - autocuidado e autocompaixão)

- Passar muito tempo sozinha, sentindo-se só no mundo e remoendo situações traumáticas do passado (isolamento como esQUIVA experiencial de dificuldades suscitadas nos relacionamentos - terceiro ano de terapia).
- Evitar pedir ajuda para os familiares e amigos, mesmo quando precisa muito;

(Déficits em consciência de si, das próprias necessidades, e de outras pessoas com as quais ela pode contar. Déficits em coragem de pedir, e em amor - receber cuidado e dar oportunidade para o outro cuidar dela)

- Evitar procurar as pessoas e fazer convites, sob controle do medo de incomodar e de ter perdido a capacidade de confiar nas pessoas. Tem medo de não ser um encontro leve e descontraído, além de por outro lado, ter a certeza de que as pessoas são muito críticas e maldosas;
- Evitar festas e encontros sociais que tenham maior probabilidade de se sentir desconfortável: experimentar emoções difíceis; se deparar com alguma situação de incontrolabilidade e imprevisibilidade que gerem vulnerabilidade e exijam respostas de autocuidado e envolvem riscos de desagradar outras pessoas e/ou de ter que pedir ajuda;

(Déficits em coragem de correr riscos)

Controle Instrucional

Para Arlene as falas de sua mãe em relação à família eram sempre inspiradoras e têm influência importante sobre seus comportamentos. É especialmente marcante a comparação que a mãe fazia entre Arlene, Carmem e suas tias paternas, em que sinalizava seu desgosto em relação às desavenças das filhas. Nesse sentido, para honrar o desejo da mãe e o valor de família que foi passado de mãe para filha, Arlene não apenas evitava o confronto com a irmã, mas investia grande quantidade de energia para tentar agradar a irmã, passando muitas vezes por cima de seu autocuidado para dar conta disso.

Durante a adolescência, Arlene foi alvo de muito *bullying* em relação ao seu corpo e suas roupas. A busca por um corpo e imagem perfeitos descreve uma autoregra importante construída desde muito cedo sobre sua imagem.

O recurso utilizado por Arlene para lidar com esses ataques e rejeições, não apenas na adolescência, mas ao longo da vida, foi se tentar se desdobrar para agradar e evitar conflitos (Os1) com todos que a rodeiam. Essa máxima do “não desagradar” contribuiu para a ampliação e o fortalecimento de um padrão de submissão nas relações interpessoais.

Essa máxima do “não desagradar” contribuiu para a ampliação e o fortalecimento de um padrão de submissão nas relações interpessoais. O impacto foi tanto que, por muito tempo, assistir filmes, séries, novelas e ouvir músicas eram atividades que geravam intenso sofrimento. Arlene comenta que quando se percebe, está fantasiando uma versão de si que se enquadre de forma rígida na história descrita pelo vídeo ou pela música que está ouvindo, atividade que consome grande quantidade de energia e gera bastante frustração pela dificuldade de se enquadrar a

uma história que não é sua e quando consegue, há um choque no retorno à realidade, muitas vezes distante.

História de Aquisição

Arlene relatou que foi muito privada de contextos sociais (fora de casa) durante quase toda a adolescência. Eram contextos considerados tanto pelos pais, quanto pelo irmão, muito arriscados em função de longos anos de *bullying* que sofreu na escola relacionados ao seu corpo e às roupas que usava (por não serem de marca). Durante esse período contava muito com a companhia e parceria da mãe em atividades lúdicas.

Na relação com a irmã (Carmen), Arlene relata que sente haver sempre um clima hostil de competição entre elas, no qual aprendeu que se não fizer as coisas da mesma forma que a irmã ou da forma que a irmã espera, poderá ser penalizada em seguida. Relata que a irmã é uma pessoa muito difícil não apenas na relação com ela, quer que as coisas sempre sejam do seu jeito (rígido e exigente).

Arlene é a filha caçula da família. Seus irmãos são mais de dez anos mais velhos que ela, entre ela e o irmão são 15 anos diferença e entre ela e a irmã 13 anos. Arlene relatou sentir-se muito querida, paparicada e superprotegida pelos pais e pelo irmão, especialmente na infância e adolescência, e bastante hostilizada pela irmã ao longo de toda a vida.

Por volta dos dezessete anos, passou a dar “escapadas” para encontrar com alguns paqueras e amigos mais velhos com os quais sentia-se segura. Mais tarde, já adulta, saía mais com o irmão e com os amigos dele, contexto no qual se sentia muito protegida com o cuidado oferecido pelo irmão.

Nesse sentido, diante de tantos cuidados, teve poucas oportunidades de desenvolver um repertório de enfrentamento de situações estressantes. Sempre que apareciam situações ameaçadoras logo era resgatada pelo irmão ou pela mãe, que assumiam as rédeas da situação para protegê-la. Associado a isso, relata que sentia-se tão próxima da mãe e do irmão em tantos aspectos que não sentia necessidade de aprofundar tanto nas outras relações. Adorava estar rodeada de pessoas, ir a eventos sociais (festas e shows), mas costumava manter um distanciamento emocional mesmo com namorados.

Quando veio para Brasília estudar e trabalhar, já com 20 anos, não recebia tantos cuidados quanto antes. Mas ainda contava muito com o irmão e com a mãe (emocionalmente). Contudo, começou a enfrentar desafios no trabalho diante dos quais não se sentia capaz de exercer sua autonomia interpessoal por medo de desagradar as pessoas. A manifestação de sua autonomia ficava restrita a momentos em que desabafava com a mãe e o irmão, quando estava sozinha (por exemplo: no banheiro, provocando vômitos) ou em situações que envolvessem alimentação (comer o que queria) e cuidados formais com o corpo (salão de beleza, academia), além de eventos sociais ou mesmo em casa consumindo de álcool e fumando cigarro.

Arlene casou em 2006 com um rapaz da igreja com quem namorava há aproximadamente 2 anos. Durante o casamento, diante de algumas frustrações com o papel de esposa atrelado a atividades domésticas rígidas solicitadas pelo marido e com uma profunda decepção em relação ao desempenho sexual dele (que ela só conheceu depois do casamento), o distanciamento emocional também se manteve. Entretanto, durante algum tempo sentiu-se muito realizada por estar casada ao alcançar algumas fantasias que idealizou sobre a vida a dois (respeito e admiração, especialmente por parte das pessoas da igreja). Outra parte dessa fantasia era o

casamento em si, a cerimônia e a festa com a qual sempre sonhara. Além disso, representava sua jogada em uma espécie de “jogo de desinteresse” que “jogava” com um ex-namorado, com quem ainda tinha algum envolvimento emocional velado. O objetivo desse jogo era mostrar o quão realizada ela estava na vida, de modo que isso instigasse a curiosidade e admiração dele, na esperança de ele acabar percebendo que perdeu uma oportunidade valiosa de ser feliz ao lado dela, e, de alguma forma, expressasse seu pesar, retomando contanto e quem sabe resgatarem o laço que perderam anos antes. Sem efetivo impacto no ex-namorado, acabou configurando um jogo no qual ela teve só a perder (identidade, autonomia, intimidade, conexões reais consigo e com os outros).

Nesse sentido, era também na fantasia que ela encontrava recurso para lidar com a pouca autonomia que expressava nas relações. Realizava nelas tudo que não conseguia na vida real. Ex: atingir emocionalmente o ex-namorado; provocar admiração nas pessoas; sentir-se querida, aceita e respeitada na igreja. Quando a fantasia, a bulimia, os exercícios, o álcool, o tabaco e a comida não eram recursos suficientes para ajudá-la a atravessar os dias, ocorreram algumas tentativas de suicídio.

Pode-se observar que todos esses recursos carregam um fator comum de esquiva experiencial, bem como os déficits em consciência de si e do outro, coragem e amor a ela relacionados.

Em 2007 sua mãe faleceu em função de um ataque cardíaco fulminante. Pouco tempo depois, em 2009, seu irmão descobriu um câncer e faleceu em poucos meses. Foram perdas irreparáveis para Arlene.

Em 2010 pediu divórcio. Segundo Arlene, seu marido, na época, teve dificuldade para aceitar o término e dificultou o processo de todas as formas que

pôde. Além disso, se sentiu obrigada a abandonar quase todo seu círculo social que girava em torno da igreja, em função das críticas e julgamentos relacionados a valores religiosos feridos pela separação.

Diante de tantos desafios que surgiram com o divórcio e sem o suporte da mãe e do irmão, Arlene sentiu-se perdida e impotente. Foi quando houve a tentativa de suicídio, decorrente da qual ela foi internada e deu início aos tratamentos psicológicos e psiquiátricos. Desde então, houveram algumas mudanças de psiquiatras e terapeutas em função de mudanças no plano de saúde, mas Arlene mantém-se comprometida e dedicada aos tratamentos.

No contexto de trabalho também enfrentou diversos desafios interpessoais que resultaram em algumas mudanças de lotação dentro da instituição (remoções).

Contingências Atuais Mantenedoras:

Quando se trata da irmã (Carmem), Arlene oscila muito em vê-la como a irmã ideal (companheira, acolhedora, compreensiva, fonte de amor e cuidado) e a irmã real (crítica, exigente, intolerante, antipática, desrespeitosa e ciumenta). É um relacionamento chave para a manutenção de padrões de competição e esquiva experiencial. Associada ao isso, a regra familiar de que irmãs não podem brigar (descrita no item sobre controle instrucional) tem forte influência sobre seu padrão de submissão em relação a irmã, o que contribui para a apresentação desse padrão em outros contextos também.

Além disso, algumas relações com colegas de trabalho de padrão semelhante ao da irmã, e com poder institucional, também tendem a fortalecer competições e esquiva experiencial.

A relação com algumas amigas de sua cidade natal, e a relação com o pai (que evita se posicionar diante de conflitos entre elas) tendem a instigar a competição entre Carmen e Arlene.

Interações com alguns homens e com amigas de seu círculo social que se demonstram superficiais, interesseiros e acabam instigando jogos de desinteresse, enaltecem o padrão de esquiva experiencial como estilo relacional “desejável”.

Algumas músicas, filmes, livros e novelas também exercem influência na manutenção desses padrões ao enaltecerem um estilo de vida competitivo, abusivo e superficial.

Objetivos terapêuticos

Resgatar, ampliar e fortalecer seus recursos de autocuidado e autonomia:

- Exercitar sua memória, sua força (tolerância emocional) e sua autocompaixão ao se permitir entrar em contato com seu eu mais profundo e vulnerável (promover consciência, coragem e amor).
 - Resgatar lembranças por vezes fortes e doloridas de momentos marcantes de sua história que contribuíram para a formação de seu repertório atual de enfrentamento de desafios e resolução de problemas.
 - Promover o contato com necessidades importantes, desejos e sonhos que ficaram em segundo plano ao longo dos anos, buscando identificar possíveis variáveis que tenham contribuído para isso.
 - Promover a percepção, aceitação, respeito e valorização de necessidades que possam surgir a cada momento presente, ao

longo do processo, de modo a favorecer a ampliação da noção de responsabilidade e comprometimento em fazer sua parte, dando seu melhor para atendê-las.

- Promover o contato com suas dores, sua ansiedade, seus temores e com a reação real das pessoas, tanto as ruins, quanto as boas, ao experimentar e revelar sua vulnerabilidade nas relações mais próximas, inclusive durante a sessão, desafiando crenças de que “expor vulnerabilidades é sinônimo de fraqueza” e de que “ninguém é confiável”;
- Promover o aprofundamento do relato e o reconhecimento de dificuldades provenientes de desequilíbrios em algumas relações, de modo a favorecer ações corajosas no sentido de se expressar em relação a isso, sinalizando seus desconfortos, pedindo pelo que precisa, se preservando e, até se afastando, em momentos de desrespeito, caso ocorram.
- Promover reflexões sobre crenças e sua relação com o desenvolvimento da autonomia almejada. Ex: a crença de que “É egoísmo desagradar os outros” ou de que “ela será abandonada caso revele seus desconfortos, confrontando os outros”.
- Promover a compreensão, o respeito, a compaixão e a valorização de sua história, suas dificuldades e limitações, de seus talentos, sonhos, desejos e conquistas;
- Oferecer modelos e reflexões que evoquem e instiguem a cliente a experimentar a vulnerabilidade inerente à sua humanidade, que envolve

tantos suas dores, suas limitações e suas dificuldades, como também sua força, sua compaixão e sua fé.

- Promover a aceitação de reações amorosas da terapeuta (e de outras pessoas) diante de revelações e pedidos vulneráveis (aceitação, validação, compreensão, respeito, ajuda e admiração genuína);
- Promover um ambiente seguro que a permita viver sua autenticidade, vulnerável, na interação com a terapeuta, de modo sensível às respostas fisiológicas que possam ocorrer em seu próprio corpo (postura, gestos, sorriso, choro, alterações na respiração, no tom de voz, na temperatura do corpo e nos batimentos cardíacos; sensações de dúvida, medo, vergonha, tristeza, raiva, culpa, alívio, conexão, distanciamento, etc.) e o que elas sinalizam (há alguma necessidade emergindo e que precisa ser prontamente atendida? Ou alguma necessidade importante sendo atendida e valorizada?) – Consciência de si.
- Promover consciência sobre os limites de sua tolerância emocional. É ideal que para o processo que a paciente saia de sua zona de conforto e realmente se vulnerabilize, tanto quanto puder, desde que seja de uma forma cuidadosa. Nesse sentido, é importante observar até onde ela está disposta a se arriscar em cada assunto a cada sessão (consciência), e aproveitar a relação terapêutica, que é constituída em pilares de colaboração e confiança, para sinalizar ou expandir esses limites (coragem e amor). Lembrando-se que de ambas as formas, seja saindo da zona de conforto, desafiando limites, seja recuando diante de um assunto muito assustador, haverá progressos tanto em coragem e consciência, mas principalmente em amor próprio ao respeitar até onde

pode ser, ao mesmo tempo, importante e cuidadoso, seguir se arriscando.

- Promover uma sensibilidade que alcance as respostas da terapeuta (postura, gestos, tom de voz, expressão facial, etc.) e seu efeito (acolhimento, aceitação, aproximação, respeito, compreensão, julgamento, demandas, distanciamento, desdém, etc.) – Consciência do outro.
- Promover a aceitação do fato que vez por outra ela vai precisar de ajuda e que isso é natural, inerente à nossa condição de ser humano;

Intervenções propostas

Ao longo do processo de coleta de dados foram feitas algumas intervenções como: apresentação de uma postura empática e genuína de interesse pela história de vida da cliente, oferecimento de uma audiência não punitiva, expressão de interesse por meio de perguntas abertas sobre eventos relatados e sobre relações funcionais entre os eventos relatados e as ações públicas e privadas da paciente, no intuito de promover aproximação entre terapeuta e cliente e ampliar a compreensão do caso. Outras intervenções, contudo, além de não exercerem tal função, acabaram atrasando o desenvolvimento da paciente (*T1*).

Dentro do modelo CCA, a observação desse tipo de intervenção, bem como a compreensão, em supervisão, dos aspectos da história tanto do cliente quanto do terapeuta relacionadas a elas é fundamental para uma condução eficaz do caso. Durante a condução do caso e a discussão dele em supervisão foram observadas as seguintes intervenções do tipo 1 (*T1*):

- Permitir que a paciente gaste muito tempo se explicando durante a sessão (discurso vago).
- Permitir que a paciente se feche por longos momentos de emoções difíceis. (Déficits em perguntar/pedir e prover segurança)
- Evitar expressar necessidades, desconfortos (quando a cliente se recusa a aceitar a ajuda que pediu, por exemplo) e emoções (vulnerabilidade) diante de relatos tão dolorosos e impactantes. (Déficits em coragem e em dar amor)
- Evitar expressar alegria e vibração quando diante de progressos da cliente e relatos de vitórias. Dificuldade de fazer elogios e dar congratulações de forma natural e genuína, decorrente de contingências históricas associadas a elogios.

(Déficits em coragem e em dar amor)

- Focar mais no conteúdo relatado e nas emoções relacionadas a eles do que no que acontece na relação no momento presente (aqui, agora - processo).

(Déficits em consciência, coragem e amor)

Diante da análise dos problemas dessas intervenções, identificou-se a necessidade de aceitação compassiva, por parte da terapeuta, de suas próprias limitações e do seu comprometimento em buscar assumir apenas a responsabilidades que lhe cabem no processo, evitando pegar para si a responsabilidade que cabe à cliente, e em experimentar maior vulnerabilidade na relação, revelando para a cliente (em momento oportuno) o impacto evocado na relação (ex: preocupação, confusão, cansaço). Tal análise permitiu o planejamento de algumas intervenções (T2) que superassem os déficits encontrados nas T1, de modo a contribuir com o desenvolvimento de padrões relacionais mais produtivos no repertório da cliente. Foram elas (T2):

- Perguntar o que a cliente precisa e encorajar um discurso mais focado.

(Desenvolvimento de habilidades em perguntar e fornecer segurança – coragem e amor, respectivamente);

- Perguntar sobre o que a cliente precisa e fornecer o que for pedido.

(Desenvolvimento de habilidades de perguntar e de doação – coragem e amor, respectivamente);

- Encorajar e validar a reformulação do discurso para que seja feito de forma mais segura, encontrando um equilíbrio entre a expressão corajosa e o autocuidado;

- Encorajar e validar a reformulação do discurso de modo que permita uma maior vulnerabilidade e conexão das duas partes.

(Desenvolvimento de habilidades de prover validação, de perguntar, de fornecer e de pedir por segurança – consciência, coragem e amor);

- Expressar vulnerabilidade:
 - Revelando desconforto assertivamente, aumentando a chance de encontrar segurança e receber amor;
 - Expressando emoções, oferecendo um modelo de coragem e consistência;
 - Revelando necessidades (de aproximação por exemplo) de uma forma direta e cuidadosa, expressando emoções e a vontade de conexão com ela. Oferecendo um modelo de pedido assertivo e uma oportunidade para vulnerabilização segura.
 - Expressando alegria e revelando o impacto e a importância da compreensão e conexão alcançada;
 - Expressando empatia, preocupações, admiração e orgulho por poder estar ao lado da cliente, acompanhando sua luta e suas conquistas, mesmo correndo o risco de ser incompreendida e de ela não aceitar o cuidado oferecido (ver CCR1 relacionado com déficits em aceitar amor);
- (Desenvolvimento de habilidades em coragem e dar e receber amor)*

Resultados

Na relação terapêutica foram observados os seguintes progressos da cliente (CCRs2):

Progressos em consciência de si e do outro:

- Expressar maior clareza sobre suas verdades, suas vergonhas, seus medos, suas limitações fazendo relações funcionais sobre o impacto de suas ações na relação terapêutica.

(Progressos em consciência de si e do outro)

- Permitir que emoções difíceis venham à superfície, apenas sentindo, sem focar em nenhum rótulo relacionado à experiência.
- Experimentar vulnerabilidade na presença da terapeuta sem tentar camuflá-la ou impedir a aproximação emocional da terapeuta;
- Expressar dificuldades; sinalizar o impacto negativo de algumas intervenções sob o controle privando de seus valores (busca por conexões mais íntimas e significativas) correndo o risco de desagradar a terapeuta e não ser mais vista como “a cliente perfeita”, com a função de pedir por compreensão, mudanças e aproximação;
- Pedir ajuda, entrando em contato com o risco de não ser propriamente atendida. Agindo mais sob o controle privado (valores – conexões mais significativas) do que das possíveis consequências de desagradar a terapeuta. Ex: pedindo atenção fora do horário de sessão pelo WhatsApp, compartilhando e reagindo a experiências pelo facebook; pedindo sessões extras e de emergência em horário atípico (finais de semana, férias da terapeuta e feriados);
- Fazer pedidos mais diretos mostrando-se aberta à resposta da terapeuta. Ex: Pedir para desmarcar algumas sessões ou solicitar sessões extras de

emergência, sob o controle de suas necessidades e da confiança construída na relação terapêutica, ao invés de agir sob controle da regra de que “não pode desagradar nunca”;

(Progressos em coragem: expressar ideias, sentimentos, emoções; e em pedir)

- Portar-se aberta e sensível à reação cuidadosa da terapeuta a seus pedidos de ajuda;

(Progressos em coragem, em fornecer segurança e em aceitar amor)

- Aceitar a ajuda da terapeuta: Atenção, compreensão; reação às emoções; sugestão de sessões extras, alteração na frequência das sessões; sugestão de recursos terapêuticos.

(Progressos em aceitar amor)

- Prestigiar essa ajuda, expressando-se emocionalmente nesse sentido;
- Expressar gratidão efetuando o pagamento de forma lúdica; expressando tolerâncias a atrasos, remarcações e cancelamentos por parte da terapeuta, de forma empática e cuidadosa.

(Progressos em dar amor: cuidado, gratidão)

- Emitir comportamentos de aproximação genuína, solicitando feedbacks; compartilhando suas verdades, suas vergonhas, seus medos, suas limitações, experimentando entrar em contato com as reações (emocionais) da terapeuta.
- Expressar maior sensibilidade ao impacto de seus relatos e suas experiências na terapeuta, bem como às reações de aproximação e/ou distanciamento por parte dela.

(Progressos em consciência, coragem e amor)

Fora da sessão foram emitidos alguns progressos correspondentes (Os2). Foram eles:

- Maior clareza do impacto negativo que recebe em algumas interações:
- Maior clareza das suas necessidades interpessoais (ex: proximidade, cuidado e atenção e, ao mesmo tempo, de se proteger nessas interações);
- Necessidade de autocuidado: *“Eu percebi que eu não tenho que ficar agradando todo mundo, vestindo a roupa que as pessoas querem que eu vista, frequentando lugares que eu não gosto só porque as pessoas me convidam, ficando mais tempo do que eu gostaria só para não desagradar, etc.. Percebi que posso ser feliz e ficar mais satisfeita comigo mesma se eu for pra onde eu quiser, com a roupa que eu quiser e por quanto tempo eu quiser. Não tenho que ser responsável pela alegria de ninguém. Credo! Como isso cansa! Deus me livre!!!” (CCR3).*

(Progressos em consciência de si e de suas relações)

- Maior consciência da insensibilidade e agressividade dos outros às ações vulneráveis dela:
- Maior clareza sobre a necessidade de manejo (autocuidado, preservação, distanciamento) e autenticidade na relação com a irmã;
- Maior clareza das dificuldades do pai no manejo da relação com a irmã dela;
- Maior clareza da função manipuladora e competitiva da aproximação de algumas pessoas mal-intencionadas;

Progressos em coragem (habilidades de pedir e correr riscos):

- Pediu ajuda quando passou mal (ficou muito nervosa) em um engarrafamento algumas pessoas dos carros ao redor. Um casal a ajudou. Uma das pessoas foi

conduzindo o carro dela até um local seguro. Ofereceram água e ficaram com ela até ela se acalmar;

- Tem aceitado convites para festas, encontros sociais e viagens, apesar do risco dessas situações.
- Fez algumas viagens com pessoas de quem gostava muito mas que já não tinha intimidade em função de alguns anos de distanciamento. Viagens costumam envolver contingências de imprevisibilidade e pouco controle.

– Na primeira viagem durou mais de uma semana e a amiga K. tinha gostos diferentes dos dela e passou a maior parte da viagem emburrada, mas sem sinalizar o que a incomodava. Arlene se posicionou, tentando entender a amiga e, sem resposta, direcionou-se rumo às satisfações das próprias necessidades, apesar do clima desestimulante e muitas vezes incômodo entre elas. Arlene fez amigos no hotel e ficou com um rapaz. Quando chegaram de viagem, a “amiga” revelou incômodos financeiros dizendo ter gastado mais do que gostaria, sinalizando de forma indireta que a culpa era de Arlene. Arlene ficou muito chateada por não ter sido abordada pela amiga diretamente ao longo da viagem.

– Na segunda, que foi de excursão em um ônibus, além da companhia da amiga M., Arlene estava na companhia de várias outras pessoas desconhecidas que ficariam no mesmo hotel e fariam os mesmos passeios. Conheceu muitas pessoas, fez algumas amizades e ficou com um rapaz que, depois de alguns dias, passou a trata-la com indiferença de forma passiva-agressiva. Ela sinalizou seu desconforto e manteve distância, agindo coerente com suas emoções, preservando-

se corajosamente nessa interação à despeito do desagrado ou frustração do rapaz.

- Desabafou com a amiga M. sobre os desafios na interação com o rapaz e M a acolheu, a compreendeu, a validou e a apoiou a se preservar na relação com ele.

(Progressos em consciência do outro e das relações)

- Em uma situação de extorsão da qual quase foi vítima comportou-se mais sensível às próprias necessidades do que às necessidades da pessoa que tentava se aproveitar dela, defendendo-se apesar do risco de frustrá-la, desagradá-la e de receber represálias.
- Compartilhou a situação com algumas colegas de trabalho, revelando sua vulnerabilidade, seus receios e preocupações. Foi bastante acolhida e compreendida.
 - Emocionou-se diante das colegas, contagiando-as com sua emoção e permitindo-se receber um feedback significativo.
- Diante de problemas de saúde (trombose), compartilhou cuidadosamente suas dificuldades no manejo do tratamento, revelando apenas o necessário, pedindo ajuda, se vulnerabilizando, de forma cuidadosa, para:
 - Algumas colegas de trabalho: das quais recebeu compreensão e cuidado.
 - A irmã: Revelou-se preocupada e colocou-se à disposição para ajudar no que fosse necessário. Entretanto, não atendeu à solicitação de discrição em relação ao compartilhamento do assunto com outras pessoas. Isso acabou validando a necessidade de cuidados nas

revelações para ela e sinalizando o alto potencial aversivo da interação.

(Progressos em coragem, em coragem de se autocuidar e em aceitar amor)

- Diante do incômodo na relação com a irmã passou a ser mais honesta consigo mesma, revelando insatisfações, sinalizando limites e pedindo por respeito. Ex: Sinalizou diretamente que não gostou de ela ter passado a informação da trombose para outras pessoas (amigas em comum) quando havia pedido discrição.
- Revelou seu incomodo na relação com a irmã para o Pai e para algumas amigas próximas da família que a compreenderam, a validaram e revelaram sentir-se inspirados a não abaixar mais a cabeça para a irmã dela também.

(Progressos em coragem, em autocuidado, em dar e receber amor)

- Aceitou o convite de uma colega para ir à igreja dela. Havia muito tempo que não ia à igreja. Sentiu-se muito bem com o culto. Foi um momento leve, que não exigiu nenhum manejo. As pessoas foram gentis sem ser invasivas. Arlene pôde cantar e se emocionar com músicas que a tocam profundamente e que há anos não ouvia. Foi um passo muito corajoso diante da ameaça que as igrejas passaram a representar em sua vida depois do divórcio (ambiente muito invasivo e punitivo);
- Pediu ajuda:

No início de 2017 a pressão em seus contextos interpessoais mais próximos (trabalho e academia) estavam muito fortes. Estava cercada de muitas pessoas competitivas, críticas e agressivas que a pressionavam excessivamente para entrar no jogo competitivo. Eram interações muito

tóxicas que a afetavam profundamente. Em um dia em que estava se sentindo muito mal e vulnerável de modo geral ligou chorando e pedindo ajuda para duas amigas que considerava mais próximas. Eram amigas que sempre revelavam suas preocupações em relação a ela, dizendo que ela poderia contar para o que precisasse. Entretanto, no momento de maior necessidade, elas além de não terem disponibilidade para socorrer-la, ainda invalidaram seu sofrimento. Foi uma decepção muito forte para Arlene.

Em um ato de desespero ligou para uma colega (alguém que nem considerava tão próxima) e essa logo se prontificou a encontrá-la.

Em um outro episódio de crise, pediu a essa colega que a trouxesse à terapia e, de pronto, a colega a atendeu.

Desde então tem contado com essa colega como um apoio em momentos de crise, embora não se aprofunde na relação emocionalmente, pois não sente que esta amiga a entende muito bem (O2 em consciência também);

Parou o carro e pediu ajuda aos outros condutores durante um engarrafamento no qual teve uma crise de ansiedade. Só foi socorrida na terceira tentativa, na qual um casal se prontificou a ajudá-la. O homem foi conduzindo seu carro até o local de trabalho da mulher. Lá eles a acolheram até ela se sentir melhor.

(Progressos em coragem (pedir ajuda), autocuidado e aceitar amor)

- Forneceu feedbacks significativo:
 - Irmã: Sinalizou que ela estava sendo desrespeitosa e que essa não era uma atitude admissível, à despeito dos desconfortos que poderia evocar nas duas;

- Amiga S.: Sinalizou seu desconforto ao ser muito cobrada para visitá-la e durante as visitas não ser bem tratada, à despeito dos desconfortos que isso poderia evocar;

(Progressos em coragem de sinalizar limites e em autocuidado)

- o Forneceu um ambiente seguro para revelações:

- Do pai: em relação às dificuldades que ele tem na relação com a irmã dela;

- Da Amiga E.: sobre a violência que vive em seu casamento e a dificuldade que tem com os filhos;

- Da Amiga M.: Sobre a emoção do reencontro depois de mais de 10 anos, da vontade de se reaproximar e da verdade que sente na relação delas.

(Progressos em fornecer segurança - dar amor):

- o Aceitou o cuidado do pai e de algumas amigas ao desabafar de seus incômodos na relação com a irmã para eles;

- o Aceitou a ajuda que pediu para as pessoas quando passou mal no trânsito;

- o Aceitou o acolhimento das amigas diante de suas revelações vulneráveis;

(Progressos em autocuidado e em aceitar amor)

Ao final do trabalho, no anexo 2, encontra-se um quadro que sintetiza os problemas externos de Arlene (Os1), os CCRs1 correspondentes, algumas intervenções realizadas (T2), bem como os CCRs2 e os Os2 correspondentes.

Desafios e limitações

Além das *TsI* (comportamentos-problema da terapeuta que interferem no progresso do cliente) descritas acima, observa-se que muitos valores e repertórios cultivados e enaltecidos nas relações próximas da cliente são conflitantes e concorrentes com a busca por conexão e intimidade cultivada a partir da relação terapêutica. Isso associado à ausência de vínculos significativos de cuidado e confiança fora da sessão são limitações importantes que atrasam o progresso da cliente por configurarem um ambiente hostil que dificulta a vulnerabilização, alimentando um padrão de esquiva experiencial e distanciamento afetivo nas relações.

A constatação de desafios como esses na terapia, podem refletir negativamente na motivação e no engajamento do terapeuta nos atendimentos. Nesse sentido, a discussão dos casos em supervisão, a realização de atividades relaxantes e de lazer em seu horário livre e, retorno à própria terapia podem ser recursos valiosos para recarregar as energias para persistir diante de atendimentos desafiadores como o de Arlene.

Dessa forma, ainda há trabalho a ser feito no sentido de refinar, ampliar e fortalecer ações capazes de promover maior equilíbrio entre a exposição corajosa e o autocuidado da cliente, na busca por conexões mais profundas, mais valiosas e mais justas.

Considerações finais

O atendimento de Arlene tem sido muito gratificante, apesar de tamanhos desafios de contingências concorrentes fora da sessão, e de desafios pessoais que surgiram diante da avaliação do alcance insatisfatório das intervenções iniciais realizadas, que revelou a necessidade de mudanças importantes na postura da terapeuta, por exigirem ações mais vulneráveis (sinalizar limites, pedir por cuidado, segurança e aproximação) na relação com Arlene. Tudo isso conduziu, muitas vezes, tanto a terapeuta como a cliente, para fora de suas zonas de conforto.

É muito interessante notar, contudo, que foi justamente por isso, por essa vulnerabilidade recíproca de estarem ambas fora de suas zonas de conforto, que, a cada novo contato, a conexão entre elas se fortalece em consciência, coragem e amor de ambas as partes.

Os progressos alcançados em *CCA – consciência, coragem e amor (especialmente em autocuidado)* – dentro e fora da sessão, apresentados nos resultados revelam o potencial do modelo para clientes com dificuldades interpessoais importantes, oferecendo clareza para que ações corajosas da terapeuta (expressar vulnerabilidade) continuem sendo direcionadas para o desenvolvimento de habilidades interpessoais da cliente de forma ética e cuidadosa. Nesse sentido, portanto, o CCA mostrou-se ser um modelo bastante útil.

Atualmente a Universidade de Washington, nos Estados Unidos, é referência nos estudos e no desenvolvimento da FAP e do modelo CCA. Mavis Tsai, uma das co-criadoras da FAP, promove mensalmente um projeto de encontros CCA (ACL Meet ups) para pessoas que se interessem em conhecer, aprofundar e difundir o modelo CCA. É um evento que reúne dezenas de líderes CCA pelo mundo. É possível

conhecer mais sobre o projeto por meio da página virtual oficial (<https://www.livewithacl.org/>).

Aqui no Brasil, especialmente na Universidade de São Paulo (USP), têm sido produzidos estudos muito relevantes sobre as potencialidades da FAP e do modelo CCA. Anualmente profissionais de referência nos estudos da FAP como Alessandra Villas Boas, Priscila Rolim, Cláudia Oshiro, Natália Fonseca, Márcia Kameyama, e Rodrigo Xavier promovem workshops de treinamento em habilidades terapêuticas baseadas no modelo CCA.

Todos esses esforços que descrevam, aprofundem e evidenciem o potencial do modelo de forma abrangente e que ofereça maior segurança empírica são de extrema relevância para o desenvolvimento e fortalecimento de conexões sociais mais saudáveis e curativas, assim como a construção de relações terapêuticas mais efetivas.

Nesse sentido, trabalhos e estudos que discutam sobre o manejo das emoções (especialmente das emoções do terapeuta) em relações terapêuticas poderão ser muito úteis no treinamento de habilidades terapêuticas mais eficazes.

Referências Bibliográfias

- Braga, G. L. de B. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estud. psicol.* 23(3), 307-314.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. de Souza, Trad. Coord.). Porto Alegre: Artmed.
- Chiesa, M. (1994). *Radical Behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Hayes, S. C. (2000). Acceptance and commitment Therapy in the Treatment of Experiential Avoidance Disorders. *Clinician's Research Digest, Supplemental Bulletin*, 22, 2-38
- Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, J. R. (2017). *Functional analytic psychotherapy made simple*. Oakland: New Harbringer
- Kanter, J. W., Holman, G., & Wilson, K. G. (2014). Where is the love? Contextual behavioral science and behavior analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 69-73. doi:10.1016/j.jcbs.2014.02.001.2212-1447
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas e curativas* (R. Kerbaux, Trans.). Santo André: Esetec. (Original work published 1991)
- Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Manbeck, K. E., & Kuczynski, A. M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love

Model. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

<http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002>

- Marçal, J. V. S. (2010). Behaviorismo Radical e prática clínica. In A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Matos, M. A. (1997). Com o que o behaviorista radical trabalha. In Banaco, R. A. (Org.). (1997). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Cap. 6 Vol. 1., 45-53. São Paulo: Arbytes.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nery & Fonseca (2018). Análises funcionais moleculares: um passo a passo. In de-Farias, A. K. C. R., Fonseca, F. N. & Nery, L. B.. (Orgs) *Teoria e formulação de casos em Análise Comportamental Clínica*. (2018). Cap. 1. Porto Alegre: Artmed
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).
- Skinner, B. F. (1963/1969). *Behaviorism at fifty*. Em B. F. Skinner. *Contingencies of Reinforcement: a Theoretical Analysis* (pp.221-268). New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Todorov, J. C. (1989). A psicologia como estudo das interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5, 325-347.

- Tsai, M.; Kohlenberg, R. J.; Kanter, J. Kohlenberg, W.; B.; Follette, W.; Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a Psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André: ESETec.
- Tsai, M., Callaghan, G., & Kohlenberg, R.J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in FAP. *Psychotherapy, Vol 50(3), Sep 2013, 366-370*.
- Vandenberghe, L. (2001) as principais correntes dentro da terapia comportamental – uma taxonomia. Em H.J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. queiroz, & M. C. Scoz (Orgs), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a Variabilidade* (pp 172-189). Santo André: ESETec.
- 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*, 2017, Volume XIX no 3, 206-219.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W. (2016). The effects of analyses of contingencies on clinically relevant behaviors and out-of-session changes in functional analytic psychotherapy. *The Psychological Record*, 66, 1-11. [oi:10.1007/s40732-016-0195-y](https://doi.org/10.1007/s40732-016-0195-y)
- Xavier, R. N. (2018). *Consciência, coragem e amor para psicoterapia analítico-funcional (FAP): A eficácia para tratamento de transtorno de oposição desafiante em um experimento com linha de base múltipla*. Tese de doutorado (USP). Novas edições acadêmicas.

Anexo 1 - Autorização para comunicação oral e publicação de estudo de caso.


Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento 

910 Sul-MIX PARK SUL, bloco F, salas 119 a 131, Brasília-DF
 Fone: (61) 3242-5250 / Fax: (61) 3443-4086
 www.ibac.com.br – ibac@ibac.com.br

**AUTORIZAÇÃO PARA
 COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____,
 portador(a) da identidade nº _____, autorizo que o
 conteúdo das sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a)
 terapeuta _____, seja apresentado
 em comunicações orais em Encontros de Psicologia, e permito a publicação escrita
 de estudo de caso, com a finalidade de promover o conhecimento e desenvolvimento
 de tecnologias no campo da Psicologia. Foi-me assegurado que, em todos os casos
 acima citados, minha identidade será mantida em sigilo, bem como quaisquer dados
 que possam identificar a mim ou meus familiares.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

 Aluno(a)/Terapeuta

 Supervisor(a)

 Coordenação Clínica

Anexo 2 – Quadro resumo dos CCRs e das intervenções (T2) realizadas:

O1 – Problema externo	CCR1 – Problema na sessão	Intervenções	CCR2- Melhora na sessão	O2 – Melhora externa
<p>Evita se posicionar para evitar conflitos e manter a “paz”. Autoregra que a distância de seus valores e de relacionamentos mais equilibrados</p> <p>CONSEQUÊNCIA Relacionamentos falsos, superficiais e exaustivos (desequilibrados – doa muito mais do que recebe).</p>	<p>Usa a armadura da perfeição, evitando desagradar ou dar trabalho, mantendo-se distante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloca algumas necessidades (compromisso com horário e pagamento) da terapeuta na frente das próprias. Ao passo que não percebe o impacto de seus outros comportamentos na terapeuta. Ex: Evitar olhar diretamente para a terapeuta, fazer perguntas, sinalizar o impacto das interações, fazer comentários sobre o que é trazido pela terapeuta, recusar ajuda, etc.. ❖ Déficits em consciência do outro e em dar amor ▪ Evita falar sobre seus sentimentos, pensamentos e emoções. <ul style="list-style-type: none"> – Ignora perguntas ou responde de forma rasa ❖ Déficits em consciência de si e em coragem ▪ Evita expressar emoções. ▪ Evita revelar suas necessidades, suas dificuldades e suas verdades. ▪ Evitar sinalizar limites. ▪ Evita fazer pedidos (remarcações, valores, etc). ❖ Déficits em coragem ▪ Evita aceitar ajuda oferecida pela terapeuta. ❖ Déficits em receber amor 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Postura empática e respeitosa que sinaliza cuidado e interesse na relação. ○ Auto revelações emocionais empáticas às situações relatadas. ○ Perguntas sobre sentimentos, pensamentos e emoções. ○ Perguntas sobre necessidades e fornecer o que for pedido e respeitar o que for sinalizado (limites por exemplo). ○ Valorização de suas expressões emocionais e de seu autocuidado. ○ Solicitação de um discurso mais focado, mais vulnerável e mais equilibrado (entre exposição corajosa e autocuidado). ○ Expressar vulnerabilidade: expressando empatia, compaixão, solidariedade, preocupação, admiração, orgulho, alegria, conexão; revelando necessidades, desconfortos e inseguranças suscitadas na relação; fazendo pedidos por aproximação e segurança. 	<p>Retira a armadura da perfeição e aproxima-se expressando vulnerabilidade.</p> <p>Compartilha emoções e informações vulneráveis com a terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revela dificuldades; – Sinaliza necessidades e limites; – Faz pedidos diretos e vulneráveis; <p>❖ Progressos em consciência de si e em coragem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aceita o que foi pedido; – Conversa sobre o que precisa, o que foi oferecido e fornece feedbacks positivos e negativos; – Observa, comenta, pergunta, oferece ajuda, expressa compreensão e gratidão à terapeuta, abrindo-se para uma conexão genuína com ela. <p>❖ Progressos em consciência do outro, dar e receber amor.</p>	<p>Maior capacidade de expressar sua verdade e suas necessidades nas relações interpessoais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Progressos em consciência de si e do outro e em coragem <p>Maior capacidade de tolerar eventuais conflitos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Progressos em consciência de si (valores, necessidades e capacidade) e em coragem. <p>Está mais aberta e vulnerável com os outros, buscando criar relacionamentos mais íntimos e mais satisfatórios (equilibrados).</p> <p>Comportamento guiado por valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Progressos em consciência, coragem e amor (dar e receber)

