

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.

Curso de Psicologia

LIDIA MARIA DA SILVA MOURA

**MODALIDADES DE TERAPIA COMPORTAMENTAL FOCAL E SUAS  
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL PÚBLICA:  
UMA REVISÃO NARRATIVA**

CORUMBÁ-MS

2024

LIDIA MARIA DA SILVA MOURA

**MODALIDADE DE TERAPIA COMPORTAMENTAL FOCAL E SUAS  
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL PÚBLICA:  
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus do Pantanal, como requisito obrigatório para Obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob orientação Do Prof. Dr. Pablo Cardoso de Souza.

CORUMBÁ-MS

2024

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	3
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>Objetivos</b> .....	5
<b>Terapia Focal: psicoterapia breve psicodinâmica</b> .....	6
<b>Psicoterapia de Apoio</b> .....	7
<b>Psicoterapia Psicodinamica Breve</b> .....	9
<b>TCCF</b> .....	12
<b>Relação Terapêutica</b> .....	13
<b>TCC em Sessões Breve</b> .....	15
<b>FACT</b> .....	20
<b>MÉTODO</b> .....	26
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	27

## **RESUMO**

O estudo presente tem como objetivo analisar os tipos TCF (Terapia Comportamental Focal), que será enfatizado a TCCF, sendo um modelo de terapia estruturada, que visa atendimento em curto espaço de tempo, com demanda do paciente que apresenta resultados rápidos, eficazes e de longa duração. No caso da FACT, é uma versão da ACT que busca trabalhar com casos clinicamente relevante, sendo leves ou graves, com foco na flexibilidade psicológica, auxiliando no alívio dos sintomas, promoção saúde mental, contudo, são identificado juntamente com o terapeuta os gatilhos que influenciam no auxílio da terapia ou no adoecimento, levando em consideração os comportamentos e o contexto no qual o indivíduo está inserido, é pensado juntamente com terapia e medicação, a melhor estratégia de intervenção, adequando a técnica a demanda do paciente.

**Palavra Chave:** Terapia Breve (TB); Terapia Cognitivo Comportamental (TCC); Terapia de Aceitação e Compromisso Focada (FACT); Terapia Cognitivo Comportamental Focal (TCCF);

## **INTRODUÇÃO**

A Política Nacional de Saúde Mental, estabelecida pela Lei 10.216/02, propõe um modelo de assistência em rede, baseado na comunidade, para a atenção à saúde mental (Brasil, 2001). Esse enfoque visa abolir progressivamente práticas convencionais, como a medicalização excessiva e a institucionalização prolongada. Busca-se, portanto, consolidar a Reforma Psiquiátrica, promovendo a substituição gradual das políticas de internação e segregação de pessoas com transtornos mentais ou desenvolvimento atípico.

Nas últimas décadas, com o avanço da Reforma Psiquiátrica, foram desenvolvidas políticas de atenção psicossocial, que priorizam o acolhimento dos indivíduos, considerando

o contexto sociocultural no qual seu quadro clínico se manifesta e que exige atendimento interdisciplinar. A articulação em rede dos múltiplos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como nos cenários onde se constrói a vida comunitária, é crucial para a constituição de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental e enfrentar a complexa tarefa de promover sua inclusão social, mesmo em um país com maior desigualdade social como o Brasil (Brasil, 2001).

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) exercem um papel fundamental na política contemporânea de saúde mental, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS oferecem atendimento clínico diário de saúde e atenção psicossocial, evitando internações recorrentes por razões psiquiátricas. A Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, ampliou os serviços substitutivos da hospitalização, estabelecendo diferentes públicos a serem atendidos por modalidades institucionais da mesma natureza (Brasil, 2002). Seriam implantados os CAPS I, CAPS II e CAPS III, com base no volume populacional, sendo destinados a atender cidades com a população de até 20, 70 e 200 mil habitantes, respectivamente. As outras modalidades do CAPS compreendem serviços específicos. Por exemplo, para área de álcool e outras drogas (CAPS AD) e infância e adolescência (CAPSi), conforme consta na Portaria n.º 3.088/2011 do Ministério da Saúde.

No caso do CAPSi cuja função é atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que têm o histórico de abuso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011). A própria natureza dos serviços de atenção psicossocial não se centra somente no indivíduo, mas também em sua rede de apoio social de apoio, principalmente a família. As tarefas e os cuidados diários com os pacientes com algum grau de comprometimento da saúde mental podem gerar sobrecarga física e psicológica para os familiares. Essa sobrecarga pode resultar em transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e outras comorbidades.

A aplicação de modelos terapêuticos breves e focais fundamentados em uma abordagem comportamental também se mostrou eficaz no contexto de trabalho interdisciplinar. Os autores propõem uma prática terapêutica que consiste em sessões de terapia cognitivo comportamental combinada a farmacoterapia, que podem ser de até 50 minutos para um cliente ou de 25 minutos para três clientes. Alguns estudos apontam evidências de resultados positivos na combinação da terapia breve e focal com a farmacologia. Todavia, a combinação de intervenções farmacológicas aliadas a TCC breve apresenta resultados mais duradouros, enquanto o tratamento farmacológico, sem acompanhamento terapêutico, tem efeitos adversos devido ao uso prolongado da medicação e maior probabilidade de recaídas.

O uso das terapias focais e breves permitem essa interação com usuários de serviços com alta demanda como o CAPS além de planejar o tratamento mais adequado para atender a demanda do paciente, tratando das queixas centrais como foco da psicoterapia, visando o alívio de sintomas que causam sofrimento, ou seja, proporcionando a melhora da qualidade de vida e o bem estar do paciente.

### **Objetivo Geral**

Explicar como os modelos de psicoterapia breve e focal são as estratégias terapêuticas mais amplas e pragmáticas no âmbito da saúde mental pública e na atenção psicossocial.

### **Objetivo específico**

É realizada uma revisão bibliográfica narrativa voltada a analisar a empregabilidade de dois modelos de psicoterapia comportamental focal (TCCF e a FACT) para o contexto da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil.

## **Terapia Focal: psicoterapia breve psicodinâmica**

Antes de abordar a TCF é preciso contextualizar como surgiu a concepção de terapia focal. A psicoterapia breve teve início, devido a uma demanda de atendimentos, que foi solicitado, por um período de tempo curto com base na psicanálise. Isto é, teve uma ênfase na psicoterapia da psicanálise durante a segunda guerra mundial. A terapia breve surgiu dentro desse contexto, devido ao surgimento das demandas, os autores, Ferenczi e Rank (1924), pensaram numa alternativa, tendo como vista resolver a questão das demandas psicoterápicas reduzindo o tempo dos atendimentos, surgindo dessa forma, psicoterapia breve psicodinâmica.

Contudo, tempo depois, foram surgindo outras abordagens, e a psicoterapia breve foi se aprimorando com o passar do tempo, alcançando mais pessoas que buscam terapia. Ou seja, a psicoterapia breve se iniciou com duas perspectivas teóricas: a psicanálise e a terapia comportamental. Em um estudo apresentado por Blagys e Hilsenroth (2000), uma certa discrepância dos resultados em ambas abordagens, tendo resultados mais expressivos na psicoterapia breve psicanalítica, do que na psicoterapia breve comportamental. Todavia, ocorreu uma repercussão da terapia breve após a segunda guerra mundial, século XXI, momento em que aconteceu um aumento na taxa de natalidade, tendo como resultado uma busca pelo atendimento psicológico focal com duração mais curta.

Logo no início da vertente teórica psicanalítica a psicoterapia, as sessões terapêuticas ocorriam com tempo de duração curto e objetivo. Freud (1968) juntamente com seus seguidores criou uma nova técnica TF, que possivelmente levaria mais tempo no tratamento psicoterápico, deixando um pouco de lado sua antiga técnica que tinha como progresso um resultado um pouco mais rápido.

Contudo, com a ajuda de dois médicos Ferenczi e Rank, foi sofrendo ajuste, sendo aprimorado a técnica. Para obter avanço nas técnicas psicoterápicas, Freud e seus seguidores

perceberam que não era necessário criar novo método, a questão era de realizar ajustes, adaptações na técnica anterior, criada por Freud. O foco das intervenções sempre tinham como base as representações intra psíquicas frequentemente acompanhadas pelas emoções. O papel das emoções na psicoterapia tem como objetivo, que o paciente possa identificar o que cada contexto, ou pessoa estimula essas emoções e como o paciente reage de acordo com tal situação.

Segundo Tomkins (1962), a adaptação está relacionada com as emoções dos seres humanos, nomeada de “Kit sobrevivência afetivo”, isto é, sendo este o conceito similar ao darwinismo, sobre a relação das emoções, no processo de adaptação entre o ambiente, o ser humano, e os animais, dessa forma, passamos a modificar a perspectiva de analisar o conceito de Freud das pulsões de agressividade e amorosa, sendo elas motivações humanas.

A EEC (Experiência Emocional Corretiva), para Alexander (1946), é uma das formas de psicoterapia que visa atender demandas com objetivo de pacientes, que não tem muito claro os motivos da busca pelo atendimento, como traumas, experiências que causam sofrimento no indivíduo. Isto é, o paciente aprende a identificar as suas emoções, ressignificando e criando novas experiências, aprendendo a lidar com eventos futuros. Para Malan (1981) a EEC apresenta como ponto chave do processo psicoterápico, o objetivo de trazer naquele espaço terapêutico experiências traumáticas e vivenciá-las novamente por meio da fala, com o intuito de ressignificar esses eventos, dar um novo sentido a essas experiências. Dessa forma, a EEC é baseada na ideia de construção de novas experiências, aprendizado, ampliar a capacidade de lidar com experiências que tiveram um resultado marcante.

### **Psicoterapia de Apoio**

A psicoterapia de apoio é uma forma de tratamento psicológico sendo mais indicado nas instituições ou em atendimento individual, tendo como principal objetivo de apoiar, dar

suporte ao paciente, seja em momentos de crises, trabalhando sempre na queixa principal do paciente. Isto é, a psicoterapia de apoio era executada desde a Grécia Antiga, no entanto, de uma forma um tanto limitada, o que com o passar do tempo foi sendo aprimorada. Assim, tinha como intuito atender somente pessoas consideradas doentes mental ou em crises, ou seja, o tratamento até então tinha esse público como alvo, e era seguido como forma de aconselhamento, orientação, e mudança de conduta, (Bibring, 1954).

Dewald (1981) tem uma postura, em relação a psicoterapia de apoio, enfatizando que o foco acaba sendo apenas questões de comportamento e não se aprofunda no resultado da queixa, sendo relevante na psicoterapia a discussão sobre questões da queixa. Ademais, essa técnica tem como uso de diversos profissionais de áreas diferentes, e por isso deveria ter uma correção no termo “técnica”, para “conjunto de técnica”.

A ideia da psicoterapia de apoio é estabelecer uma relação de aliança terapêutica, vínculo, um espaço seguro para o paciente, fazendo com que dessa forma o mesmo possa ter consciência da queixa, contexto no qual está inserido, e juntamente com o profissional consiga compreender todo o contexto visando apoiar, direcionar o paciente a continuar suas atividades de rotina, seja trabalho, estudo, atividades que despertem sua autoestima, autoconfiança, diminuindo o foco da queixa inicial, e os sintomas que causam sofrimento, (Rogers, 1957).

Além disso, a psicoterapia de apoio pode ter prazo longo ou curto dependendo da gravidade do caso, sendo indicado para casos extremamente graves, e leves, para pessoas que precisam de psicoterapia contínua seja na saúde física ou mental. Contudo, essa intervenção, pode ser aplicada somente em pacientes que se comprometam, que colabore na sessões, e que consiga estabelecer o vínculo, aliança terapêutica, sendo relevantes para o tratamento. O andamento das intervenções da PA, tem a finalidade de influenciar o paciente a se direcionar, orientando e estimulando o cliente a ter uma visão ampla da situação atual, começando a

refletir e aprender a olhar com um novo ponto de vista, ampliando assim sua capacidade de resolver conflitos, o terapeuta em contrapartida apresentara suas sugestões em relação a toda a fala do paciente, seja em concordância ou não as suas ideias, pensamentos, traumas, comportamentos, (Sifneos, 1972).

Contudo, a postura do terapeuta na psicoterapia de apoio é de forma ativa se comparada a psicoterapia, o profissional tem a “escuta” atenta, analisa a fala, e responde a essa fala, não sendo indicada a associação livre nessa técnica, sendo o fator importante das sessões as questões do dia a dia, a rotina do paciente, trazendo o foco sempre no momento presente, esses encontros são realizados por semana, quinzena, ou mensal, dependendo da situação e urgência de cada caso, (Vinnars et al., 2005).

No seguimento com a “escuta e empatia”, é uma das ferramentas no processo analítico, que influencia em compartilhar a dor e ter a habilidade em validar o que é relatado, sendo possível enxergar sobre a visão do outro, seus conflitos, angústias, traumas, fazendo com que o analisando desenvolva a capacidade em lembrar dos relatos de uma forma que consiga falar, porém, sem afetar de modo significativo, (Gabbard, 2000). Ademais, a psicoterapia de apoio tem como base a psicoterapia, que juntamente com a farmacologia e acompanhamento psicoterápico resultando com progressos nas sessões, contando claro com a participação ativa do paciente se comprometendo e esteja disposto a mudanças, sendo o objetivo dessa técnica reduzir os sintomas que causam sofrimento no paciente, a ponto de conseguir realizar suas atividades de rotina.

### **Psicoterapia Psicodinamica Breve**

Segundo Fiorini (2004), houve um aumento da prática na psiquiatria, realizando atendimentos em instituições, como também no privado, juntamente com isso as demandas e os métodos, as técnicas estão sempre em desenvolvimento, buscando avanços, para melhor

atender o público alvo. A psiquiatria social, até então tinha uma perspectiva mais limitada nas instituições privadas, ou seja, compreendiam a ideia de doença de forma individualista. Com o passar dos anos, com estudos sendo realizados, métodos sendo aprimorados, podemos observar que se retomou o uso das mesmas técnicas, porém, com ajustes nos métodos tradicionais.

Para Fiorini (2004), o modelo etiológico se baseia na proposta da terapia psicodinâmica breve com o objetivo de enfatizar a vida do sujeito, das questões que causam desconforto, sofrimentos, doenças, crises, desequilíbrio, assim, psicodinâmica visa buscar informações sobre a rotina do paciente, trabalho, cultura, crenças, relações pessoais e sociais, os fatores que podem desencadear sofrimento no paciente. Na psicoterapia breve, o cliente que busca terapia, esse paciente é composto por condições multideterminados, é uma das causas que torna a escolha da técnica usada para cada paciente, ou seja, características de funcionamento desse sujeito, pode auxiliar na psicoterapia breve, condescendente com a técnica selecionada, promovendo dessa forma, o progresso para tal demanda.

Isto é, no contexto institucional a função do profissional de psicologia se torna ampla, ou seja, o terapeuta passa a ter um contato maior com o paciente, diferente do paciente-terapeuta no setting, na instituição, esse contato se amplia de tal forma que possibilita o profissional observar como funciona a dinâmica desse indivíduo se relacionar com as pessoas a sua volta, lidar com os conflitos da instituição, e seu comportamento diante de diferentes situações. Assim, em ambos os contextos pode influenciar na escolha da técnica a ser aplicada, seja no atendimento individual, como nas instituições, dependendo da demanda, (Hartmann, 1961).

Contudo, o analisando, na psicoterapia breve, exerce o papel fundamental ativo, a terapia se limitar apenas na queixa inicial que o paciente traz, os relatos, as histórias, os traumas, medos, as relações afetivas, o terapeuta passa a buscar informações sobre o contexto

de vida do paciente, estabelecendo vínculo, aliança terapêutica, trazendo no *setting* terapêutico, transferência e contratransferência, interpretações, tendo o objetivo com isso, não só da participação do paciente, mas também do terapeuta, aplicando intervenções com o comprometimento do analisado, (Fiorini, 2004).

Dessa forma, a importância do analisado, tem como função ao analisar a queixa que o analisado está inserido, identificar qual a técnica adequada para cada paciente, isto é, partindo dessa queixa pensar em formas de relacionar essas queixas com a técnica a ser aplicada. Tendo como foco, visando compreender as possíveis causas da angústia ter relação com os sintomas que aparecem no paciente, ou como se comporta diante das defesas consideradas adequadas e irrelevantes na terapia, (Rickman, 1957).

Para Hartmann (1961), o analisado atua de forma, a trazer sempre o foco da queixa a ser tratado, e por meio disso, faz interpretações de acordo com o tempo de terapia, e também ressaltar questões que podem parecer irrelevante para o paciente, como também, focar no sofrimento que a queixa manifesta no paciente, ou seja, torná-lo consciente, focando a atenção em si, no momento presente, isto é, todo esse contexto influencia no tratamento, e é o que tem como base para a psicoterapia breve.

A ideia de focar no momento presente, passa a ser fundamental para que o paciente tenha como objetivo, tirar o foco da queixa, seja o ambiente de trabalho, familiar, relacionamentos, assim, o indivíduo para a ter uma visão do que está acontecendo consigo, e outro ponto de vista do terapeuta, sobre o contexto, e o que de fato está acontecendo, ou como essa situação pode estar afetando, e causando sofrimento no paciente, tendo como procedimento, identificar a técnica mais adequada para tal contexto. Contudo, a terapia breve pode ser tornar eficaz e produzir resultados rápidos (Wright et al., 2012).

## TCCF

Terapia Focal (TF) é uma modalidade que visa atender uma demanda do paciente, com o intuito de trabalhar o sintoma que causa esse sofrimento no indivíduo, sendo o foco na terapia a queixa central. A quantidade de sessão é definida de acordo com o progresso do paciente, o comprometimento e participação, isto é, a TF trabalha com a ideia de mudar o foco do paciente, trabalhar a queixa que é estabelecida pelo paciente, mediante ao contrato terapêutico, com o objetivo de diminuir o sofrimento. Para Cordioli (1998) a TF poder ser definida com alguns critérios, sendo a primeira, em relação a duração do tempo reduzido com sessões de 3 a 10 encontros, a segunda é sobre o tempo de sessão mais curto, podendo ser de 30 minutos, e terceiro, trabalhar nas sessões o foco específicos da queixa a ser tratada.

De acordo com Cordioli (1998), menciona as diferenças e avanços ocorridos na psicanálise e na Terapia Focal (TF), por meio de métodos de aprendizagem. Ou seja, o processo de aprendizagem passa a ser relevante, principalmente na psicoterapia, o profissional tem o papel de estimular não só na fala, no comportamento, na forma de pensar, ao relatar sobre suas experiências traumáticas, ressignificando essas experiências, para que o paciente, tenha uma nova perspectiva de uma forma que não afete, em relação ao acontecimento. Contudo, para que o paciente consiga compartilhar suas experiências, é imprescindível que se estabeleça um vínculo com o terapeuta, tendo em vista que o paciente se sinta à vontade para ocupar esse espaço de forma livre e segura.

Frisando que a terapia focal, pode ser aplicada com paciente de casos específicos, com atendimentos mais graves e delicados como também em serviços com alta demanda e poucos profissionais, isto é, teria que ser feito uma avaliação detalhada para ser pensado em formas de começar a terapia objetivando resultados de curto prazo, e também o bem estar do paciente (Wright et al., 2008).

Isto é, o objetivo da terapia focal, não se restringe apenas a uma queixa central, pois o objetivo é permitir que o paciente mude sua relação com seus eventos privados e construa verbalmente objetivos de vida orientados pela clareza de valores, mesmo diante de experiências traumáticas. E assim apresentando um novo significado, ampliando sua forma de relatar acontecimentos relevantes. A duração da terapia focal pode ser realizado entre 4 e 20 sessões, o que pode influenciar no número de atendimentos, será o desenvolvimento do paciente, e comprometimento, assim como, as faltas e aviso, chegar no horário, cooperar nas sessões, a aliança terapêutica bem estabelecida, o vínculo, (Beck et al., 1979).

Sendo assim essa forma de atuação se define por dois parâmetros:

- 1) **Psicoterapia focal:** consiste em delimitar o foco de maneira transversal ao longo de um conjunto de sessões delimitadas em um curto espaço de tempo;
- 2) **Psicoterapia breve:** consiste em efetuar intervenções em sessões terapêuticas de duração curta (em torno de 30 minutos) e/ou processos terapêuticos que durem entre 4 e 12 sessões. Para isso, as sessões devem ter foco em temáticas específicas acordadas entre o cliente e o terapeuta.

### **Relação Terapêutica**

No setting terapêutico, o que se torna relevante para o andamento da psicoterapia, é o contato do paciente com seu terapeuta, isto é, aliança terapêutica, a forma que essa relação se estabelece no primeiro atendimento, pode influenciar sobre as sessões posteriores, gerando segurança, fortalecendo o vínculo, independente da técnica usada. A TCC é uma modalidade que tem como base alterar comportamentos disfuncionais que são gerados por pensamentos intrusivos, que por sua vez são resultados de sentimentos e tem como consequência no comportamento, isto é, como um ciclo pensamento, sentimento e comportamento, a TCC, se encarrega de trabalhar juntamente com o paciente com objetivo de identificar os gatilhos e

alterar o comportamento, que tem como função estruturar o cognitivo acerca das emoções, (Wright et al., 2012).

Segundo estudos feitos por Newman (2007), sobre terapia cognitivo comportamental, com pacientes deprimidos, quando a aliança terapêutica é bem estabelecida o paciente pode apresentar resultados, que auxiliam no declínio de comportamento clinicamente significativo. Isto é, no momento do atendimento o terapeuta, se coloca numa função de manter neutro, validar a fala do outro, manter o sigilo, ter a capacidade de identificar possíveis sinais que indicam que o paciente, se sinta incomodado ou comece a faltar, sinais que podem afetar o andamento da psicoterapia e intervir, e com isto, também o terapeuta precisa estar ciente de tudo que é falado para o paciente, tem um peso, uma influência nessa relação, aliança terapêutica.

Na TCCF o objetivo é o momento presente, o aqui e agora, no entanto, essa técnica não se limita só nos conhecimentos do terapeuta, o que se torna essencial é compreender a dinâmica do paciente em resolver conflitos. Dessa forma, o foco se torna a queixa, como experiências que causaram de alguma forma sofrimento no sujeito, isto é, essa abordagem atua por meio de intervenções que são realizadas, como forma de promover uma mudança cognitiva que estão relacionadas ao comportamento e as emoções, criando dessa forma novas habilidades do paciente em lidar com conflitos.

Além disso, a ideia da TCC é promover essa mudança no paciente com o uso da técnica, atendimentos breves e de curto tempo e com resultados avaliados de forma objetiva, e com isso promovendo essa compreensão dos gatilhos que influenciam o pensamento intrusivo, emoção resultando no comportamento inadequado. Contudo, essa técnica pode se tornar irrelevante para alguns casos, quando o paciente apresenta comportamentos a longo prazo sendo este resistente à mudança, tornando o tratamento cansativo, devido a essa resistência à mudança, (Wright et al., 2012).

Na busca por psicoterapia, as demandas na maioria das vezes são de pacientes com transtorno de personalidade, essas pessoas apresentam algumas características em comum, sendo uma delas estabelecer vínculo, os mesmos procuram estabelecer o vínculo, no entanto se comportam de forma diferente, fazendo com que estes tenham essa dificuldade, se tornando comportamentos que dificultam esse contato com outras pessoas, e mudança de comportamento, (Safran, 2002). Isto é, no que diz respeito a pacientes com transtorno de personalidades, podemos ressaltar que o comportamento disfuncional e a forma de pensar do sujeito com esse transtorno, geralmente tendem a expressar esses sentimentos desagradáveis ou hostis sobre o terapeuta, ou seja, afetando o vínculo dessa relação.

Leahy (2001) destaca que, ao investigar falhas na aliança terapêutica, o terapeuta analisa funcionalmente as causas do sofrimento no paciente. Isso é importante para o tratamento, pois o paciente pode mostrar comportamentos que transferem emoções para o terapeuta, ajudando na compreensão e na resolução de conflitos.

A relação que se estabelece entre paciente e terapeuta é o ponto chave para o progresso da psicoterapia, para um resultado positivo e mudança no comportamento do paciente, proporcionando um espaço onde o analisado tenha segurança, vínculo, e liberdade para relatar sobre suas angústias, traumas e transtornos, com a possibilidade de ambos refletirem sobre quais comportamentos, causam sintomas a ponto de interromper a rotina do paciente, pensando sempre em mudanças.

### **TCC em Sessões Breves**

Para Wright et al., (2012) a Terapia cognitivo comportamental Focal (TCCF), é considerada uma terapia breve visando atender um público que tem como demandas resultados imediatos, que levam menos tempo, isto é, depende não só da relação terapêutica estabelecida, vínculo, do comprometimento do paciente com a terapia e da demanda a ser

tratada. Tem se observado que a TCCF tem uma demanda maior de atuação na clínica, tratamentos com ansiedade, psicose, depressão, transtorno de humor e dentre outros. Os atendimentos na TCCF podem variar de 30 a 50 minutos, se tratando de atendimento tradicional, na TCC breve de 15 a 30 minutos, o que determina esse tempo é a demanda do paciente e o ambiente, porém, o que deve ser levado em conta é se o paciente faz uso de medicação, desse modo terapia breve passa a trabalhar juntamente com a farmacoterapia.

Alguns dos aspectos que representam a TCC são: empirismo colaborativo, estruturação, psicoeducação, métodos práticos e tarefas de casa. No empirismo colaborativo é estabelecido essa aliança terapêutica, e o paciente passa a ser ativo, tendo todas as dúvidas clara principalmente sobre a queixa inicial, fazendo com que o terapeuta-paciente passe a ponderar sobre as intervenções, e as medicações, trabalhando em conjunto. É estabelecida uma agenda onde o paciente pontua o tema a ser tratado, enfatizar a queixa, as dificuldades que encontra, os pontos fortes e fracos, tendo como objetivo manter a sessão breve dentro do tempo, com pontuações feitas pelo terapeuta.

A psicoeducação visa capacitar o paciente a utilizar ferramentas para compreender como funciona a TCC e aplicar as intervenções por si só, desenvolvendo a autonomia, nas dificuldades que causam sofrimento no indivíduo (Wright et al., 2005). O método prático tem o objetivo fazer uso de métodos eficazes, que apresentam resultados rápidos, visando atender a queixa como forma de reduzir o sofrimento causado pelos sintomas, mantendo os atendimentos com uma redução de tempo. Na realização de tarefas de casa, ao fazer os trabalhos de casa auxilia os pacientes a trabalhar os pontos fracos, ampliando não só o aprendizado mas também o espaço psicoterápico.

A TCCF segue seis premissas, sendo a primeira a de que o indivíduo enquanto um ser racional que por meio de seu comportamento verbal atribui no ambiente, sentidos e compreensão que formam e estimula o desenvolvimento dos processos biológicos do sistema

nervoso central que ativam uma parte sendo as emoções e comportamentos. Partindo da segunda para quinta premissa tem como intuito de apresentar estudos com neuroimagem com informações biológicas, para compreender como funcionam os processos da TCC através do sistema nervoso central. E a última premissa se baseia em teoria e prática com resultados que corroboram a partir da junção do tratamento e de profissionais da saúde, e psiquiatras que combinam o tratamento da terapia com medicação.

Análises feita por Wright et al., (2012) indicam que o tratamento da psicoterapia e farmacologia aplicado de forma separada apresenta um resultado de curto prazo e ineficaz, principalmente se tratando de transtorno de ansiedade e depressão, ou seja, essa análise de estudos de certa forma limita o progresso da terapia breve, alterando o resultado do tratamento atendidos na clínica. Contudo, neste estudo pode se observar que a o tratamento aplicado em conjunto da medicação com psicoterapia foi possível observar progresso, resultados eficazes.

Na TCCF o profissional precisa produzir um argumento, ideia clara sobre os pontos que serão abordados na sessão, tendo o foco, a queixa, identificar a intervenção que melhor se aplica a demanda, identificar juntamente com o paciente os gatilhos que influenciam no sofrimento, elaborar sessões com resultados rápidos, proporcionando psicoeducação e conhecimento de forma simples. Uma das características da TCCF é ter a capacidade de identificar os gatilhos que estimulam os pensamentos automáticos, que por sua vez gera o sentimento resultando na ação, no comportamento como consequência, técnicas comportamentais, como respiração, atividades gradual, exposição, treinamento de relaxamento, as técnicas têm que se adaptar o paciente e o transtorno, seja ansiedade, depressão, ou seja, a ideia é promover esse bem estar no sujeito, (Wright, 2010).

A modalidade de TCC tem como intuito de atender ao maior número de paciente possíveis, não só com a técnica sendo aplicada por psicólogos, por psiquiatras, enfermeiros, e

outros profissionais que sejam capacitados para contribuir com o tratamento. O atendimento inicial para TB é de 50 minutos, os atendimentos posteriores tendem a diminuir o tempo das sessões, podendo variar de acordo com o transtorno apresentado sendo moderado ou intenso, o que levaria a uma mudança de sessões mais longa ou mais breve tendo mais encontros, (Hollon et al., 2005).

No entanto, como se trata de mais de um profissional, terapeuta e psiquiatra, Riba e Balon (2005), faz uso de uma palavra *Split Treatment*, se referindo na combinação de terapia e medicamento, contudo, *split*, significa dividir, afastar, fragmentar. E de acordo com isso os profissionais podem não estar de acordo com o tratamento, abordagem, as atividades, a medicação, prescrita para o paciente, ou seja, isso pode acarretar na dificuldade em estabelecer uma estratégia que atenda as demandas do paciente. Podemos frisar que essa comunicação entre profissionais diferentes são frequentes, para dar andamento no processo psicoterápico, ou fazer alterações na intervenção planejada para o paciente.

De acordo com Wright et al., (2012) uma das estratégias usadas na TCC é o uso de uma agenda para anotar os sintomas que o paciente está passando, seja em caso de bipolaridade, depressão, ansiedade, psicose ou estresse, dessa forma o paciente passa a compreender em relação aos pensamentos intrusivos, e emoções seguidos de comportamento inadequados ou problemas, seguindo de identificação de gatilhos e intervenções sobre o comportamentos inadequados. Dependendo do progresso da terapia, pode ser repensado o tempo da sessão, diminuído ou se necessário ampliar as sessões e as formas adequadas de acordo com o transtorno e a necessidade do paciente, e isso deve ser realizado com ambos os profissionais.

De acordo com Beck et al., (1979) a aliança terapêutica, quando bem estabelecido, essa relação terapêutica, paciente-terapeuta, se torna imprescindível para o andamento da sessão e no caso da TB na TCC, destaca a participação de outros profissionais, esse trabalho

em equipe, e por ser uma técnica direcionada para o comportamento, (Wright, 2012). Outra ideia que é mencionada para reforçar a aliança terapêutica é fazer uso do humor como uma das estratégias terapêuticas, ajudando dessa forma o paciente a lidar com suas questões familiar, trabalho, estresse. A avaliação dos sintomas, é outra forma de identificar juntamente com o paciente se os sintomas se apresentam na mesma intensidade ou foi reduzido, o auxílio da escala breve de avaliação.

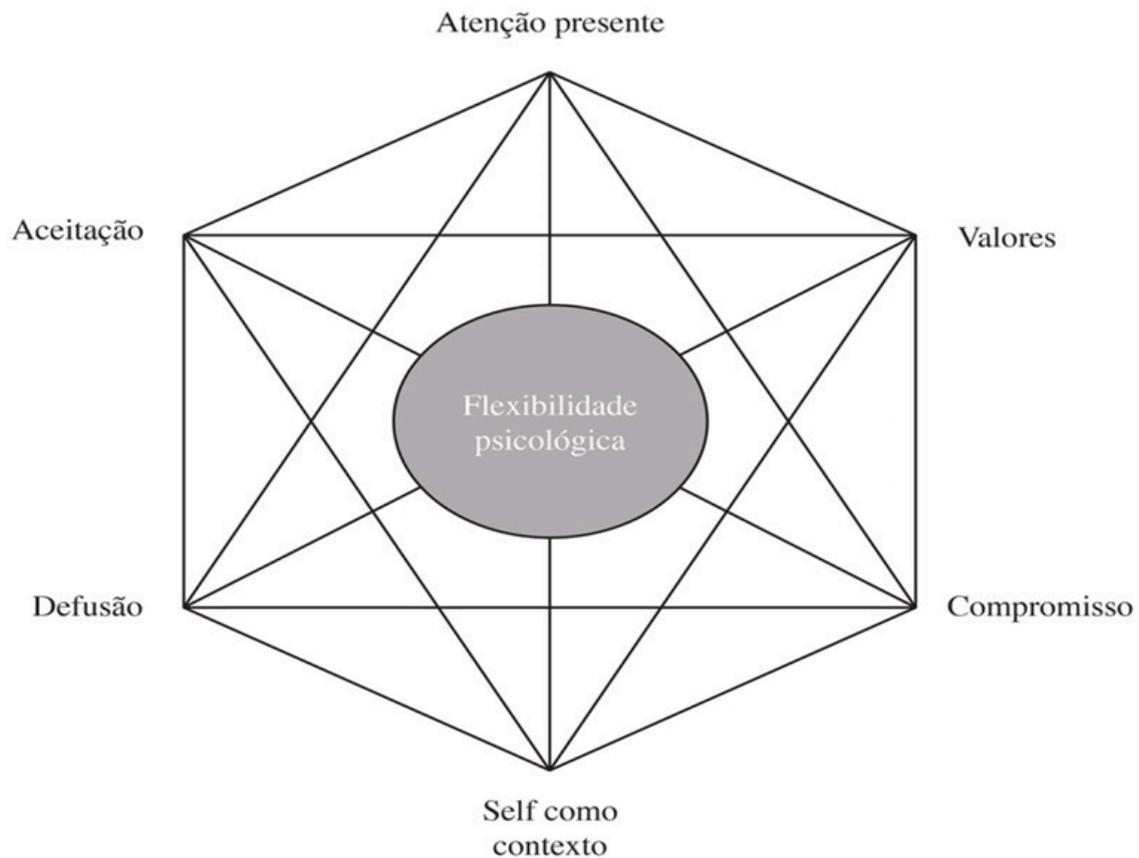
O estabelecimento de metas tem como objetivo, reduzir esse tempo dos atendimentos, estabelecendo pequenas metas junto com o paciente e trabalhando a cada sessão um ponto específico, mantendo o foco na TCC, na situação problema do paciente. O uso da agenda pode ser estabelecida é realizada durante as sessões, ou fora do espaço psicoterápico, essa ideia orienta o paciente a ter uma perspectiva sobre si, sobre o que acontece nas sessões, os pontos a ser trabalhado e possíveis dúvidas apresentados pelo paciente, o uso de tarefas de casa como atividade, ou seja, isso visa compreender que o paciente tenha clareza de como funciona a TCC, (Wright et al., 2008).

Conforme visto por diversos autores, podemos observar que a técnica da TCC, na terapia breve, a ideia central é trabalhar em relação às questões cognitivas comportamentais, e com isso o uso de farmacoterapia é uma outra estratégia que pode auxiliar no avanço psicoterápico, tendo como foco o alívio dos sintomas que causam sofrimento no indivíduo e o seu bem estar. Contudo, para que o tratamento se torne eficaz e com avanços não depende somente dos profissionais realizarem um planejamento se o paciente não se comprometer com as sessões, faltando, chegando atrasado, cancelando atendimento, é necessário a participação do paciente de forma ativa, na psicoterapia, e esclarecer e sanar todas as dúvidas sobre a técnica, o uso psicofármaco, e as intervenções, para o paciente, compreender o funcionamento da TCC, de forma, clara e objetiva.

## **FACT**

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), se iniciou nos anos 90, que tem como objetivo tratar de questões da relação a função do comportamento verbal sobre o comportamento diferente, incomum. A AC foi reconhecida em 2000 como terapia contextual. Isto é, a ideia de trabalhar o contexto permite a possibilidade de fazer ajuste no ambiente com o intuito de trabalhar na terapia os danos causados no indivíduo. Isto é, a premissa da ACT, tem como origem a Teoria dos Quadros Relacionais (TQR), que se apresenta como uma ideia onde o indivíduo consegue fazer parte de um grupo, estabelecer relações por meio do comportamento verbal de um grupo ou sociedade, ocorrendo dessa forma novas condutas, a mudança de comportamento, (Barbosa & Murta, 2014).

Contudo, a ACT tem como finalidade trabalhar a conduta, o modo de agir do indivíduo diante de situações que o sujeito apresenta inflexibilidade psicológica, ou seja, dependendo do contexto pode apresentar comportamentos que estão relacionados ao seu repertório de valores e crenças. Na ACT é trabalhado na terapia, uso da aceitação, defusão, self como contexto, momento presente, valores e compromisso, dessa forma ampliamos a capacidade do indivíduo na flexibilidade psicológica e na forma de agir diante de determinados contextos, (Perez et al., 2013).



A interdependência desses processos está ilustrada no Hexagrama de flexibilidade (Figura 1) psicológica proposto por Hayes et al., (2021). São eles: 1) *Aceitação*: significa um envolvimento ativo e consciente com eventos privados - emoções, sentimentos, sensações - que fazem parte da nossa vida, sem excessivas tentativas de afastar ou “expulsar” sua frequência ou forma, principalmente se esses comportamentos causam danos psicológicos. A aceitação é promovida como um método para aumentar a ação baseada em valores. 2) *Defusão*: É o processo de criação de contextos não literais, onde a linguagem é vista como um processo relacional ativo, contínuo, processo relacional de natureza histórica e presente na realidade, ou seja, uma forma de observar os pensamentos com uma atitude de curiosidade e imparcial, desapegada. 3) *Atenção flexível ao presente*: A atenção é direcionada ao aqui e agora de maneira flexível, fluida e intencional. Os seres humanos, quando estão em contato com o momento presente, são mais flexíveis, receptivos e

conscientes das possibilidades e oportunidades de aprendizado oferecidas pela situação atual.

4) *Self contextual*: Visão flexível de si. Um hábito autoconsciente que é caracterizado pela descrição contínua e sem julgamentos dos próprios pensamentos, sentimentos e mais eventos privados. 5) Clareza de *valores*: São qualidades e ações escolhidas que nunca serão obtidas como um objeto, mas podem ser representadas momento a momento na vida do indivíduo. Dão sentido e geram ações construtivas nas vidas dos mesmos, os ajuda a viver a vida de forma rica e significativa. 6) *Ação comprometida*: Significa adotar uma vida baseada em valores como uma missão na qual o estabelecimento de padrões cada vez maiores de ação, vinculados aos valores envolvidos.

Para Hayes et al., (2021) no caso da aceitação é a forma de analisar em como o paciente compreende a queixa, como este analisa o evento que causou sofrimento, e por meio disso são criadas formas de intervenção para lidar com a esquivia, alterando o comportamento. A desfusão funciona de forma que o indivíduo passe a lidar com esses momentos traumáticos na tentativa de diminuir a forma em que esses traumas afetam o paciente, refletindo esses eventos acontecerem com intervenções sendo aplicadas.

O self como contexto é fundamental para que o indivíduo possa compreender melhor sobre si mesmo, seus conflitos, pensamentos, sentimentos, frustrações, e identificar que esses eventos podem ser administrados de alguma forma, porém, não podem ser evitados. Já no caso do momento presente, é possível observar se o indivíduo consegue se concentrar no aqui e agora, momento presente ou se apresenta características de sintomas de ansiedade, se está sempre pensando no futuro, ou no passado por meio do comportamento verbal, isto é, isso podendo ser trabalhado na terapia também. Contudo, a ideia é fazer com que este, passe a ter um foco maior no momento presente, tendo como experiência aproveitando melhor novas experiências partindo de novos comportamentos, (Barbosa & Murta, 2014).

Na questão de valores, na terapia o profissional auxilia a pessoa a ter seus valores, claros e estabelecidos, para que o paciente passe a ter consciência do que é realmente importante para si, e possa se comportar de determinada forma, ou seja, da forma que este julgar se adequada. Quando se tem os valores estabelecidos isso auxilia no sujeito a ter uma direção sobre seus objetivos de vida, na escolhas, seja trabalho, vida pessoal, escolhas de relacionamento e amizades e dentre outros, isso de certa forma é um avanço para o paciente conquistar suas metas ou objetivo de vida, (Saban, 2015).

E por último temos, a questão das ações de compromisso, que se baseia no comprometimento do paciente com a terapia, isto é, o progresso da terapia se desenvolve a partir do momento em que o paciente se compromete, sendo pontual, participando das sessões, ocupando o setting terapêutico como seu espaço, aplicando as intervenções e realizando as atividades recomendadas pelo terapeuta. Esse ato de ter compromisso com a terapia tem como intuito de orientar o paciente na forma como lida com a resolução de problemas, adotando novas estratégias de comportamento que amplie essa capacidade de lidar com seus eventos traumáticos, que poder ser acessados em formas de pensamentos, sentimentos, e possíveis situações parecidas, (Strosahl, Robinson, e Gustavsson, 2012).

A Terapia de Aceitação e Compromisso foi aplicada em casos de transtorno de personalidade, estresse, psicose e abuso de substância, Hayes et al., (2021) apresenta pesquisas que afirmam que a ACT tem mostrado progresso de forma efetiva nesses casos. Todavia, compreendemos que a Teoria dos Quadros Relacionais (TQR), foi a base para o desenvolvimento da Teoria de Aceitação e Compromisso (ACT).

Dentre as modalidades promissoras de intervenção comportamental baseada em evidências que atenda às necessidades do cenário de atenção primária existe a Terapia de Aceitação e Compromisso Focada (do inglês *Focused Acceptance and Commitment Therapy* ou *FACT*). Trata-se de uma versão abreviada de posturas e técnicas da ACT que pode se

adaptar a diversas situações enquanto abordagem terapêutica transdiagnóstica que considera a rigidez psicológica como um fenômeno onipresente a todos os quadros psicopatológicos. Usando exercícios experimentais, por exemplo, envolvendo as práticas de atenção plena e esclarecimento de valores, muitas vezes em grupos, a ACT tende a promover gradualmente a flexibilidade psicológica (Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2012). A FACT resume os principais métodos do ACT em protocolos aplicados em poucas sessões, em comparação com as sessões terapêuticas convencionais, que duram cerca de 12 semanas. Esse modelo consegue ser eficaz tanto para promoção da saúde mental como para auxiliar no tratamento de condições médicas crônicas.

Os casos atendidos pela FACT tem como procedimento duas etapas, uma delas é analisar se o paciente possui consciência de suas características de força e fraqueza em relação a flexibilidade psicológica. O próximo ponto, tem como seguimento ponderar a função dos comportamentos do indivíduo, público e privado, se tem uma coerência com os valores do paciente, e como isso pode auxiliar ou afetar no processo psicoterápico. Por meio da entrevista focal, a FACT emprega uma sequência de perguntas que permitem a produção de informações clínicas relevantes. Por exemplo: a) estados de esquiva emocional; b) comportamentos impulsivos e hábitos insalubres; c) clareza dos valores e objetivo de vida; d) comportamentos interferentes na terapia e na adesão ao tratamento (Strosahl, Robinson e Gustavsson, 2012) .

Partindo disso, o que se coloca em questão, se tratando de uma terapia breve, no primeiro atendimento, é importante o paciente ter uma ideia de intervenção, relacionada a queixa que o profissional tenha um contato inicial. Isto é, considerando que essa sessão pode ser a primeira e última, contudo, a ideia nesse contexto é apresentar os comportamentos presentes que podem ser alterados, resultando numa mudança, como forma de melhorar a qualidade de vida, e que este possa desenvolver essa capacidade de forma autônoma. Essas

intervenções tendo resultados positivos ou negativos, se torna uma experiência de aprendizado, e com isso repensar novas estratégias de mudanças, e como essas alterações no modo de pensar, agir e comportar, podem ser responsáveis por uma sensação de bem estar no indivíduo. Para isso a FACT trabalha sob três pilares da flexibilidade humana:

- **Abertura:** se refere a habilidade de aceitar vivenciar os eventos internos sem grandes “batalhas emocionais” e julgamento, tendo o comportamento mais governado por valores e aquilo que acredita do que pelo sofrimento. Pessoas com dificuldades de abertura tendem a seguir regras que buscam controles, esquiva e esquiva de experiências privadas.

- **Atenção:** se refere a habilidade de estar aqui e agora no presente, pessoas com essa capacidade conseguem olhar para as experiências da sua vida como um todo até as experiências ruins de acordo como um processo. As pessoas que têm dificuldade com esse cerne tendem a ruminar sobre os problemas e engajar-se em atividades que distraem do presente que a deixam ansiosas.

- **Engajamento:** se refere à habilidade do indivíduo de se comprometer a comportamentos que estão de acordo com seus valores e suas crenças, estas pessoas estão conectadas com seus valores nas áreas mais importantes de sua vida como trabalho, relacionamento, lazer e auto aperfeiçoamento, sendo assim, quando confrontadas com situações difíceis essas pessoas tomam isso como oportunidade para melhora. Pessoas que não se engajam em terapia se deixam dominar pelo o pensamento do que elas “têm que fazer”, essas pessoas acabam engajando em autodepreciação e impulsividade e por consequência quando confrontados com problemas acabam tomando uma posição mais passiva na vida.

Portanto a FACT é uma psicoterapia que visa desenvolver a flexibilidade psicológica, assim, na ACT temos a terapia de curto prazo, que pode ser aplicada em diversos contextos

devido a sua flexibilidade. No caso da FACT, pode ser tratado demandas de curto a longo prazo, atende demandas clínicas, e psicodiagnósticas, contudo, é necessário investir em estudos, para aprimorar a técnica, ou seja, ambas as abordagens tem como objetivo produzir uma boa qualidade de vida e bem estar nos pacientes, independente da demanda, visando sempre a saúde das pessoas, (Strosahl, Robinson, e Gustavsson, 2012).

Para Amarante (2007), o psicólogo enquanto profissional no CAPS, trabalha como forma de promover através do “acolhimento”, mais do que a escuta em si, tendo em vista, atender as demandas da instituição visando em ampliar essa capacidade do paciente como nova perspectiva de vida em relação ao seu sofrimento, seja em psicoterapia individual ou grupal, investigando essa demanda, o ambiente e a família, para ser pensado em intervenções de forma singular, e promovendo esse cuidado integral, cuidando não só do cliente, mas também da família dos usuários do CAPS.

De acordo com o que observamos na Reforma Psiquiátrica e as políticas de atenção psicossocial, conforme visto os tratamentos limitados realizados somente com medicamentos e internação, não apresentaram eficácia ou progresso (Amarante, 2007). Pensando nas implicações da saúde mental pública, mediante a esse contexto o papel do psicólogo no CAPS que foca no acolhimento das pessoas com transtornos mental, dependendo do ambiente esse sofrimento psíquico podendo complicar o quadro clínico, sendo necessário a uma intervenção conjunta de tratamento TCCF e medicação, assim, proporcionar uma intervenção que possa se adequar ao indivíduo, tendo com isso um tratamento eficaz e de longo prazo, auxiliando no alívio dos sintomas, na saúde física, psicológica e social.

## **MÉTODO**

O presente estudo se trata de uma pesquisa exploratória qualitativa e narrativa, com uso de artigos e livros científicos, com o intuito de refletir o funcionamento da Terapia Comportamental Focal (TCF) na prática e a participação ativa do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das análises feitas pelos autores, observou-se que a terapia breve nas modalidades TCF foi criada pensando em atender um público específico, pessoas com depressão, no entanto, foram feitos aprimoramentos para atingir um público maior, pessoas com ansiedade, depressão, bipolaridade, transtorno alimentar, psicose, abuso de uso de substâncias, dificuldade de concentração e dentre outros. Isto é, um público que visam atendimentos e resultados imediatos, em curto período de tempo. A atuação do psicólogo no CAPS é oferecer esse atendimento, focado no “acolhimento” das pessoas que chegam com um quadro clínico diagnosticado, o tratamento nesse ambiente, é realizado com grupos terapêuticos, com atividades e a medicação, tem como finalidade tornar o indivíduo consciente das suas queixas, dar suporte e capacitar com uso de ferramentas, para que o mesmo desenvolva essa flexibilidade psicológica ao resolver os conflitos e promovendo esse alívio do sofrimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. French, T. M, Bacon, C. L, et al. (1946). *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Batista, G. C., & Nobre, M. T (2013). O caso “estrela”: práticas de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. *Psicologia e Sociedade*, 25(1), 240-250. doi:10.1590/S0102-71822013000100026
- Barbosa, L. M. Murta, S. G. (2014). Terapia de Aceitação e Compromisso: história, fundamentos, modelos e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (3), 34-49.
- Beck, A. T. Rush, A. J. Shaw, B. F. et al. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford.

Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. J Am Psychoanal Assoc. Oct; 2 (4): 745-70.

Blagys, M. D. Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of comparative psychotherapy process literature. Clin. Psychol. 7:167-88.

Brasil. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

Brasil (2011). *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>

Brasil. (2001). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

Cordioli, A. V, organizador. (1998). Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed.

Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. J Consult Clin Psychol 52: 873.

Dewald, P. A. (1981). Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. Porto Alegre: Artmed.

Ferenczi, S. Rank, O. (1924/1956). The development of psychoanalysis. International Press.

Fiorini, H. J. (2004). Teoria e Técnica de Psicoterapias. 1º ed. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (1968). Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud; vol 2).

- Hartmann, H. (1961). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax.
- Hayes, S. C. Luoma, J. B. Bond, F. W. Masuda, A. & Lillis, J. (2021). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hollon, S. D. Jarrett, R. B. Nierenberg, A. A. et al., (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 66:455-468.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Malan, D. H. (1981). *As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. In: Gilbert, E, & Leahy, R. (Org.) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge. (p. 165-184).
- Perez, W. F. Nico, Y. C. Kovac, R. Fidalgo, A. Leonardi, J. (2013). Introdução a Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidade de aplicação. *Revista perspectivas*, 4 (1), 32-50. Acessado em: 22 de Nov. 2024. <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/105/93>
- Riba, M. B. Balon, R. (2005). *Competence in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy: Integrated and Split Treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Rickman, J. (1957). "Methodology and Research in Psychopathology", in *Selected Contributions to Psycho-Analysis*, Londres, The Hogarth Press.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. Apr; 21 (2): 95-103.

Saban, M. T. (2015). *Introdução a Terapia de Aceitação e Compromisso*. Belo Horizonte: Ed. Artesã.

Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.

Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University.

Strosahl, K. Robinson, P, Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.

Tomkins, S. *The positive affects*. New York: Springer; 1962. (Affect, imagery, consciousness, vol 1).

Vinnars, B. Barber, J. P. Norén, K. Gallop, R. Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*. Oct; 162 (10):1933-40.

Wright, J. H. Turkington, D. Kingdon, D. G. et al. (2010). *Terapia Cognitivo-comportamental para Doenças Mentais Graves*. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H. Basco, M. R. Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H. Wright, A. S. Albano, A. M. et al (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry* 162: 1158-1164.

Wright, J. H. Sudak, D. M. Turkington, D. THASE, M. E. (2012). *Terapia Cognitivo-Comportamental de Alto Rendimento Para Sessões Breves: Guia Ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.