Psicologia em Ênfase

v.1, n. 2, p. 84-95. Novembro/2020

Esquiva Experiencial e Processo de Aceitação num Caso de Luto Materno

Sheila Alves dos Santos [1]
Ana Carolina Aquino de Sousa [2]
Ueliton dos Santos Gomes [3]

Resumo

O objetivo deste artigo foi realizar um estudo de caso a fim de identificar processo de esquiva experiencial e promover o processo de aceitação num caso de luto materno. Fundamentado na Terapia de *Aceitação e Compromisso* (dito em inglês, *ACT*), em que Steven Hayes propôs um modelo unificado de mudança de comportamento chamado de flexibilidade psicológica, visando uma vida mais significativa. A esquiva experiencial é um processo de inflexibilidade psicológica, em que o indivíduo prolonga seu sofrimento, reduzindo seu repertório comportamental. Os resultados analisados até o momento, demonstraram que houve comportamento de melhora na evitação dos eventos aversivos encobertos, relacionados ao luto materno e ocorrendo a promoção do processo de aceitação.

Palavras-chave: Luto; Luto Materno; Terapia de Aceitação e Compromisso; Esquiva Experiência e Aceitação.

Abstract

The purpose of this article was to conduct a case study in order to investigate and intervene in the process of experiential avoidance and promote the acceptance process in the case of maternal mourning. Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), in which Steven Hayes proposed a unified model of behavior change called Psychological Flexibility, aiming at a more meaningful life. Experiential avoidance is a process of Psychological Inflexibility, in which the individual prolongs his suffering, reducing his behavioral repertoire. The results analyzed so far have shown that there was an improved behavior in the precaution of hidden aversive events, related to maternal grief and promoting the acceptance process.

Keywords: Mourning; Maternal Mourning; Acceptance and Commitment Therapy; Avoid Experience and Acceptance.

[1] Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). E-mail: sheilalvesantos@gmail.com

[2] Doutoranda em Psicologia pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Mestra em Psicologia pela PUC-GO. Especialista em Terapia Comportamental pela PUC GO. Professora do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). E-mail: aquinopsy@gmail.com

[3] Graduado e Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Professor do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). E-mail: usgomes@gmail.com

A Terapia Comportamental inaugura uma nova psicologia clínica, ao romper com a fragilidade cientifica das práticas psicológicas dominante da época, fundando uma terapia voltada aos estudos do comportamento humano, com embasamento cientifico validado empiricamente de forma objetiva e racional (Alvares, 2006).

Os primeiros esforços da chamada terapia comportamental de primeira geração, busca realizar mudanças nos estudos que estavam relacionados aos princípios comportamentais que tinham como alvo

aspectos clinicamente relevantes, enquanto que os aspectos importantes da segunda geração, foi preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo em que tentou valorizar o ser humano racional (Hayes, 2004).

Surgem então, dentro da tradição da terapia comportamental, as terapias de terceira geração que tem Steven Hayes (2004) como seu principal difusor da ideia de evolução da terapia comportamental em três gerações sucessivas. O conjunto de terapias comportamentais de terceira geração emergem nos anos de 1990 e incluem algumas inovações terapêuticas como a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (Segai, Williams, &Teasdale, 2002), Psicoterapia Analítico- -Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobsen & Christensen, 2002), e Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), dentre outras (Oliveira, 2015).

A terceira geração, possui um grande enfoque comportamental, no que tange aos aspectos filosóficos, possui caráter contextual, por exemplo, o contextualismo funcional, embasamento filosófico no campo de estudos a Terapia de Aceitação de Compromisso, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), criada por Steven C. Hayes e colaboradores no ano de 1987, (Saban, 2015).

Dessa forma, o contextualismo funcional é a base filosófica na qual se sustenta a ACT que defende a importância do foco nas diversas variáveis que podem prever e modificar comportamentos de uma pessoa em um dado contexto, de forma atual, histórica e nunca visto isoladamente (Barbosa & Murta, 2014).

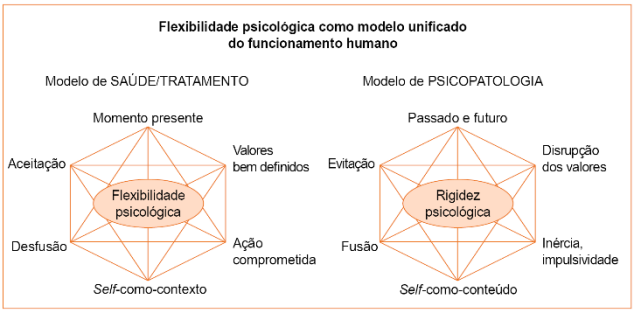
Trata-se de uma visão de mundo que busca entender o comportamento humano, seus significados e função nas situações em que ele ocorre e em sua história de aprendizagem, ou seja, na perspectiva do contextualismo funcional, a ação humana é considerada como um todo junto com o ambiente em que ocorre e com a história de aprendizagem dessa ação (Saban, 2015).

É nesse ambiente que reagimos de forma efetiva ao mundo e grande parte dos nossos estímulos são manifestados através de comportamentos verbais como: pensamentos, memórias e sentimentos que podem, em dada circunstância, serem evocados por vários estímulos ambientais relacionados a eventos aversivos e é na tentativa de controlar tais eventos julgados negativos que encontramos a origem de diversos problemas psicopatológicos como por exemplo os comportamentos de fuga e esquiva. Assim, quanto mais a pessoa evita pensamentos, memórias e sentimentos que lhes levam ao sofrimento, maior será a restrição de repertório e reduzidas às possibilidades de ação, diante do processo de mudança, isto é, a inflexibilidade psicológica (Sabam, 2015).

Sendo assim, a ACT propõe um modelo unificado de mudança de comportamento, a flexibilidade psicológica como principal objetivo na aceitação dos eventos encobertos aversivos vivenciados pelas pessoas em sofrimento e ao direcionamento para ações rumo a uma vida com mais significado.

O processo terapêutico é apresentado na Figura 1 nos modelos do hexágono de flexibilidade psicológica, composto por seis processos psicológicos normais e os seis processos inversos que favorecem a inflexibilidade psicológica ou processos psicopatológicos.

Figura 1. Modelo unificado do funcionamento humano.



As fases dos processos acima citadas não são fixas e nem seguem a ordem indicada,

são um conjunto de princípios integrados usados para explicar os comportamentos psicopatológicos e normais dos seres humano. Para melhor compreensão seguem descrições de ambos os processos.

Esquiva experiencial/Aceitação. Na esquiva experiencial o indivíduo evita lidar com seus eventos internos aversivos como pensamentos, sentimentos e emoções indesejáveis, o que reduz a variabilidade comportamental e leva há comportamentos disfuncionais (Barbosa & Murta, 2015). Entretanto, a aceitação implica no envolvimento do indivíduo em lidar com seus eventos privados como eles os são, sem a tentativa de controle e evitação dos mesmos. Para (Hayes et al., 2008) a aceitação é a maior mudança funcional possível e não significa passividade ou resignação.

Fusão cognitiva/Desfusão. Na fusão cognitiva os pensamentos, sentimentos e emoções são considerados pelo indivíduo literalmente como eventos reais. O contexto e a experiência são ignorados, e o pensamento se torna principal fonte de regulação do comportamento. Já, no processo de desfusão busca-se reduzir o controle sobre os eventos internos e aumentar o contato com a experiência presente (Barbosa & Murta, 2015)

Passado ou futuro/Momento presente. Nesse processo de inflexibilidade psicológica, o indivíduo está rigidamente em constante preocupação com os acontecimentos vividos no passado ou imaginando os problemas que viram, mantendo-se distante do aqui e agora (Barbosa & Murta, 2015). Para se comportar de forma mais flexível, a ACT propõe exercícios de atenção plena utilizando técnicas de *mindfulness*, em que o indivíduo entra em contato com seu momento presente (Vandenberghe & Sousa, 2006)

Self como conteúdo/Self como contexto. No self como conteúdo, estão integrados os diversos conceitos fundamentais que o indivíduo tem de si. Esse tipo de auto definição e o apego a esses pensamentos é um exemplo de fusão cognitiva levando o indivíduo ao sofrimento e a esquiva experiencial (Barbosa & Murta, 2014). A ACT estimula a desfusão cognitiva desses pensamentos promovendo o desenvolvimento da noção do eu como contexto em que o indivíduo vivencia suas experiências no aqui e agora de forma consciente e segura.

Disrupção de valores/Valores bem definidos. Os valores podem se tornar disfuncionais quando indefinidos pelos indivíduos, isto é, quando estes não conseguem colocar em pratica momentos e experiências que são importantes para eles (Saban, 2008). Nesse processo, a ACT auxilia os indivíduos a definirem quais são seus valores, escolhidos livremente rumo a uma vida com sentido.

Inercia e impulsividade/Ação comprometida. Busca-se nesse processo, promover mudanças comportamentais de acordo com os valores dos indivíduos que muitas vezes deixam de ser vivenciados por medo de enfrentar eventos internos aversivos se tornando ameaça a uma vida de sentido. O indivíduo é auxiliado pelo terapeuta a assumir o compromisso nessa mudança, responsabilizando-se por seus atos e construindo metas concretas de curto, médio e longo prazo (Barbosa & Murta, 2014).

Intervenções ACT vem demonstrando ser uma eficiente modalidade terapêutica para lidar com o sofrimento psicológico como nos casos de queixas de ansiedade, depressão, psicose, abuso de substancias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, dores crônicas, tricotilomania, auto-escoriações na pele entre outros, auxiliando o paciente que ao verbalizar sua dor no contexto clínico, passa a compreender melhor seus eventos privados, possibilitando maior aceitação e exposição destes às contingências (Hayes et al., 2008).

As demandas às reações de sofrimento vivenciado pelo luto, também podem ser trabalhadas segundo a perspectiva da ACT, considerando que muitas pessoas evitam tais eventos aversivos, para se livrarem de sentimentos, pensamentos e memórias

negativas, o que tende à longo prazo, aumentar a frequência prejudicial desses eventos em sua vida (Saban, 2015).

A terapia ACT, é uma importante ferramenta que auxilia no atendimento a clientes enlutados e possibilita o desenvolver de repertórios clínicos de flexibilidade psicológica, sendo umas das fundamentais a aceitação, isto é, ter uma atitude de não se esquivar ou fugir das situações aversivas mantendo-se no momento presente (Saban 2008).

Sabe-se que a morte é a única certeza que uma pessoa pode ter em sua existência. Muitos ainda preferem evitar o assunto por se tratar de um evento, que mesmo sendo considerado natural em nossas vidas, gera naqueles que ficam, uma profunda reação de dor e sofrimento o que chamamos de luto (Oliveira, 2014).

Desde o momento em que nascemos, daí ao longo de nossas vidas passamos a conviver com a morte. É uma experiência angustiante e dolorosa, principalmente quando perdemos um ente querido e precisamos enfrentar essa dor em nossas vidas (Kubler-Ross, 2017).

Como não somos preparados para lidar com a morte, somos tomados por sentimentos e emoções fortes que nos levam a fuga e a negação da nossa finitude e da finitude das pessoas que amamos, como forma de nos autoproteger contra essa realidade inevitável (Kovacs, 2005). O luto passa a ser uma resposta adaptativa à perda de uma pessoa querida, é um processo que será vivenciado de forma única, individual e de acordo com a história de vida da pessoa enlutada.

Segundo Hoshino (2006), o luto é um processo natural e esperado diante da morte, causa relevante sofrimento emocional, pois deixamos de ter algo ou alguém no nosso contexto de vida e nos ambientes que criamos vínculos afetivos.

Nascimento (2015), cita que Skinner quando foi comunicado de sua condição terminal, em uma entrevista para National Public Radio, em 1990 diz:

> (…) E quando me contaram que eu tinha isso (leucemia) e iria morrer em poucos meses, eu não tive nenhum tipo de emoção. Nem um pouco de pânico, medo ou ansiedade. Nada. A única coisa que me emocionou, de verdade, meus olhos se encheram de água quando pensei isso, é que eu teria que contar à minha esposa e filhas sobre isso, sabe, quando você morre você machuca as pessoas, elas te amam. E você não pode evitar. Você tem que fazer isso. E isso me incomodava (*apud* Ridanos Protectors, 2014).

Para melhor compreensão do processo de adaptação ao luto, Kubler-Ross (2017), o divide em cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A fase inicial do luto é a negação, a pessoa pode emitir comportamentos como se a pessoa estivesse presente (fazer a comida preferida do filho, por exemplo) sempre negando a perda. A segunda fase é a raiva, o enlutado procura culpar alguém pela sua perda, surgindo sentimentos de agressividade, revolta e impotência sobre a realidade.

A terceira fase do luto, a barganha, a pessoa faz pactos e promessas, negocia com suas crenças religiosas e suas práticas culturais de manutenção da fé à procura de "ajuda espiritual", um milagre. A quarta fase é a da depressão, em que o indivíduo percebe que todas as tentativas não vão mudar o contexto de sua perda, gerando tristeza, isolamento, choro, questionamentos de sua fé. A quinta e última fase é a aceitação. Quando falamos em aceitar a perda, não falamos que a pessoa que partiu tenha que ser esquecida e que o sofrimento tenha acabado, mas é um período que a pessoa reconhece que é preciso aceitar e enfrentar esse momento difícil, permitindo ao enlutado viver sua dor e adaptar-se com a ausência do ente querido.

O tema ‘luto’ é complexo e cheio de mitos e pode se tornar ainda mais desafiador quando falamos do luto materno, realidade esta que rompe com a “naturalidade” da vida. Parkes (2009) afirma que a morte de um filho é o luto mais duradouro e que causa maior sofrimento nas pessoas. Vivenciar o luto materno é uma experiência viva em que a enlutada entra em contato com as contingências da sua perda, ou seja, enfrenta as várias reações aversivas e certeza da irreversível perda de reforçadores positivos no processo de luto.

A mãe diante da perda do filho vivencia significativas emoções, lembranças, sensações físicas, sentimentos e pensamentos aversivos apresentando recorrentes respostas de esquiva experiencial no processo de luto, gerando, como consequência, grandes dificuldades na elaboração e adaptação desse processo (Torres, 2018).

Segundo Prudêncio (2015), a ACT auxilia o paciente a entrar em contato com seus eventos aversivos em situações difíceis, como no caso do luto materno e a discriminar as respostas de esquiva experiencial no contexto terapêutico diante da exposição a estes eventos.

Importante se faz criar um ambiente terapêutico propicio e acolhedor nesse contexto de sofrimento, oportunizando interação autêntica entre paciente e estagiária-terapeuta durante as sessões de terapia (Braga & Vandenberghe, 2006).

Portanto, o objetivo deste artigo é identificar o repertório comportamental de esquiva experiencial e o processo de aceitação num caso de luto materno a partir das intervenções da ACT, considerando ser este um tema relevante à pesquisa e em outras intervenções clínicas.

Método

O presente artigo trata-se de um estudo de caso, fundamentado em uma pesquisa de caráter qualitativo, sustentada por um referencial teórico que direciona as questões e conteúdo do estudo a partir de relatos de experiências.

Participante

O estudo de caso foi realizado com a paciente Lídia (nome fictício), sexo feminino, 48 anos, brasileira, casada, do lar, ensino médio, residente na cidade de Goiânia, Estado de Goiás. A paciente procurou a clínica-escola de uma instituição de ensino superior, com queixa inicial a perda recente do seu filho mais velho, na época com 27 anos.

Instrumentos e materiais

Durante as sessões foram usadas, caneta esferográfica, prancheta com papel, e aparelho celular para gravar as sessões. Como estratégicas terapêuticas, foram propostas: escuta atenta, não punitiva e de qualidade, aplicação de “roteiro para a primeira sessão”, criação do “diário de terapia”, escrita da “carta ao filho morto”, psicoeducação, metáfora (do bolo de chocolate), exercícios de mindfulness, construção da Escala de Classificação de Valores (Hayes; Strosahl; Wilson,1999) e utilização do Diário das vivências cotidianas (Hayes; Strosahl; Wilson,1999). O plano de trabalho com a cliente foi baseado no arcabouço teórico, filosófico e técnico da Terapia de Aceitação de Compromisso, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

Procedimentos

Foram realizadas com a paciente Lídia (nome fictício), 10 sessões de terapia uma vez por semana com duração de 50 minutos cada, entre os períodos de 19/09/2019 a 12/03/2020. Iniciamos com as devidas apresentações pessoais, acolhimento da queixa da paciente oportunizando assim a criação do vínculo terapêutico. Durante este período foi possível colher dados e informações sobre o cotidiano da paciente, bem como seu histórico familiar sócio cultural.

Primeira sessão: Foi realizado primeiro encontro com paciente que havia retornado à clínica, foram feitas as

apresentações e devidos esclarecimentos sobre a continuação na terapia, o contrato terapêutico foi renovado e feitos os ajustes de dia e horário das sessões semanais. Em seguida acolhimento da queixa trazida pela paciente, uso de "roteiro para a primeira sessão" e escuta qualificada dos motivos que a levaram a procura o NEP. Foi proposto como tarefa de casa que durante a semana a paciente registrasse sentimentos, pensamentos e emoções relacionadas à sua perda.

Segunda sessão: a paciente trouxe tarefa de casa que foi lida pela estagiária-terapeuta, onde registrou seus sentimentos e as emoções que mais lhes causavam sofrimento e dor durante a semana. Foi realizada psicoeducação sobre o processo de luto bem como identificar as expectativas da paciente em relação à terapia. Foi solicitado que criasse o "diário de terapia" e continuasse registrando seus pensamentos, sentimentos e emoções diariamente.

Terceira sessão: a paciente trouxe o "diário de terapia" e foram discutidos alguns dos pontos por ela registrados. Compreendendo que se tratavam de sentimentos e emoções bastante dolorosas para Lídia, foi solicitada pela estagiária-terapeuta como tarefa de casa que a paciente escrevesse uma "carta ao filho morto", e levasse na próxima sessão, expressando nesta, todos os sentimentos, pensamentos e emoções que estava sentindo naquele momento.

Quarta sessão: Nesta sessão Lídia trouxe a tarefa solicitada na sessão passada "carta ao filho morto" lida pela própria paciente. Ao final da sessão a estagiária-terapeuta validou sua coragem e confiança na relação terapêutica.

Quinta sessão: paciente compareceu bastante abatida e choro intenso. Devido a sua condição emocional realizou-se escuta qualificada e aplicação de exercício guiada de mindfulness (atenção plena) para acolhimento das emoções presentes e regulação de sua respiração.

Sexta sessão: foi realizada psicoeducação sobre o significado de valor e a aplicação da Tabela de Valores (Saban, 2015) com a paciente no intuito de verificar se esta reconhecia seus valores nas diversas áreas de sua vida. Foram apresentados nesta tabela, descrições de como desejaria ser, importância de vida, sucesso que vem tendo, prioridades, objetivos, ações e barreiras nas conquistas de seus valores. Ao final realizou-se discussão de cada valor e sua enumeração de acordo com o grau de importância para a paciente.

Sétima sessão: iniciamos a sessão retomando discussão sobre a Tabela de Valores construída na sessão anterior com a paciente que teve oportunidade de refletir sobre seu distanciamento e falta de reconhecimentos de valores importantes em sua vida. Foi pedido ainda nessa sessão que Lídia listasse no "diário de terapia" atividades que gostaria de realizar durante o período de férias.

Oitava sessão: nesta sessão iniciamos com escuta atenta e não punitiva das impressões da paciente em relação ao processo terapêutico até o presente momento, bem como as expectativas para a continuidade das sessões após as férias de fim de ano. A paciente trouxe tarefa de casa solicitada na semana anterior, o "Plano de férias", contendo propostas de atividades que Lídia gostaria de realizar no período em que não viesse à terapia. Foram feitos esclarecimentos sobre a importância de se dedicar e estar presente em cada momento (mindfulness) escolhido para cada atividade.

Nona sessão: a paciente retornou após as férias de fim de ano e nessa sessão foi realizado acolhimento e discussões sobre as atividades realizadas, as dificuldades e mudanças nesse período. Foi solicitado à paciente que avaliasse seu processo terapêutico até aquele momento, listando quais as expectativas de continuidade.

Décima sessão: Devido à demanda trazida pela paciente nessa sessão em se reorganizar com as tarefas diárias e realizar novas atividades, foi criada com Lídia o "Meu

planejamento semanal", adaptado do modelo "Diário das vivências cotidianas", tabela que a ajudaria nesse processo.

Finalizamos o processo terapêutico com a paciente em dez sessões.

Resultados

Lídia (nome fictício) 48 anos, do lar, natural de Goiânia, mora com seu esposo, filha, nora e três netos. Foi encaminhada para a clínica escola devido à perda de seu filho mais velho, na época com 27 anos que fora assassinado e por apresentar profundo sofrimento diante do processo de luto pela sua perda. Durante o processo terapêutico foram recolhidos dados e informações sobre a história de vida da paciente.

No primeiro contato, a paciente apresentou-se muito desanimada e triste. Relatou nesta sessão, todo sofrimento vivenciado no dia da morte do filho assassinado. O ocorrido foi dentro de sua casa, na presença de sua família de forma extremamente violenta. Lídia não estava presente no momento e relata que sentiu muita culpa por não defendido o filho.

A paciente relatou que o filho desde pequeno lhe dava muito trabalho em casa e na escola por motivos de "indisciplina" e segundo ela *"um menino muito inquieto e impulsivo"*, diagnosticado uma certa vez, por um médico neurologista na infância, com transtorno do sono. Logo na adolescência abandonou a escola e passou a fazer uso de bebidas alcoólicas e diversos tipos de drogas. O filho casou-se ainda jovem e teve três filhos, no entanto, todos viviam sob os cuidados financeiros de Lídia e seu esposo. Aos 27 anos, foi assassino dentro de sua casa, crime motivado por rixas relacionadas ao tráfico de drogas e outros crimes.

Desde os primeiros relatos foi observado que a paciente evitando entrar em contato como os eventos dolorosos vivenciado com a morte do filho. A religião aparece no contexto terapêutico como importante suporte no processo de aceitação do luto, no entanto verificou-se que paciente tentava intensamente controlar seus pensamentos, sentimentos e emoções.

Por causa desse acontecimento (morte do filho), paciente não sentia mais vontade de cuidar dos afazeres domésticos e dos cuidados pessoais, queixando com frequência que, para evitar os conflitos familiares mantinha-se aparentemente "forte", pois segundo seus relatos não poderia demonstrar sua vulnerabilidade, entendendo que dessa forma estaria ajudando os familiares a enfrentar a perda do ente querido.

Demonstrava muita preocupação com o futuro de seus familiares principalmente com a filha e os netos, Lídia contou que nessa época a nora e os netos moravam com ela na mesma casa e que estavam em constantes desentendimentos principalmente em relação à educação dos netos situação que a deixava muito sobrecarregada, manifestando assim, a vontade de "fugir' daquela realidade.

Ao trabalhar com Lídia o processo de luto, a paciente demonstrou profunda tristeza, desmotivação e falta de ver sentido na vida. Na atividade "carta ao filho morto", a paciente pôde fazer a experiência de registrar sua dor e comunicar os sentimentos e emoções que a sua ausência do filho lhe causava naquele momento.

Leu sua carta acompanhada por um sofrimento imensurável e choro intenso. Na ocasião, sentiu grande necessidade de comunicar ao filho sobre como estavam os outros familiares, dando notícia de cada um deles. A estagiária-terapeuta realizou audiência atenta, validou seus sentimentos e suas emoções, agradecendo a coragem e confiança na relação terapêutica.

Observou-se que o repertório de respostas de esquiva experiencial relacionados aos eventos aversivos vivenciados no luto da paciente estavam elevados devido ao grau de sofrimento e tristeza apresentados até o momento nas sessões terapêuticas. Lídia tentava manter-se distante das contingências aversivas em relação à morte do filho, o que só

piorava seu quadro de inflexibilidade psicológica.

Segue abaixo na tabela 2, quadro que identifica que paciente emitiu comportamentos de esquiva experiencial que são verbalizados à estagiária-terapeuta. Esta, ao validar e acolher o sofrimento da paciente enlutada, comporta-se de forma a promover o engajamento terapêutico durante as sessões e propor estratégias reforçadoras durante processo terapêutico.

Tabela 2: Quadro de esquiva experiencial identificado e posturas terapêuticas

Comportamentos de esquiva experiencial e posturas da estagiária-terapeuta	
Comportamentos emitidos pela paciente	**Posturas da estagiária-terapeuta**
"a morte do meu filho foi a melhor coisa que Deus havia feito pra ele..."	Estagiária-terapeuta diz a paciente que está em local apropriado para falar sobre seu sofrimento e suas dores.
"não podia demonstrar minha fraqueza diante da família, precisava ser forte e não perder o controle"	Reforçar a importância de estar em contato com seus sentimentos, pensamentos e emoções. Utilização de metáfora do bolo de chocolate.
"queria fugir daquela vida, pois a única pessoa que ela podia contar era com o filho"	Estagiária-terapeuta utiliza psicoeducação sobre o luto e esquiva experiencial. Utilização de exercícios de relaxamento mindfulness.
"tá tudo difícil aqui sem meu filho, a vida perdeu a cor, o sentido, não consigo mais sonhar, só um enorme vazio e muita dor"	Reforçar a confiança e a coragem da paciente de falar sobre eventos tão difíceis e dolorosos. Estagiária-terapeuta reforça a disposição e dedicação da paciente na terapia.

Nas sessões seguintes, Lídia diz se sentir mais *"aliviada*", pois tinha tido a oportunidade durante a semana de refletir sobre a experiência de escrever a *"carta para o meu menino",* como disse a paciente, relatou que havia conseguido falar do filho durante um momento familiar onde estavam a filha, o esposo, a nora e os netos, e nessa ocasião todos falaram da saudade do ente querido, manifestando o desejo de voltar um retrato do filho para a sala.

Neste momento, a prática psicoterapêutica de mindfulness foi de grande importância na vivência feita pela paciente, pois à aproximou de suas emoções no presente momento em que elas ocorriam, e que a faziam anteriormente esquivar-se diante de um enfrentamento doloroso (como colocar por exemplo, o retrato do filho na parede da sala novamente). Ainda nesta sessão, Lídia mostra para a estagiária-terapeuta algumas fotos do filho que estavam em seu aparelho celular, demonstrando confiança na relação

terapêutica, o que causou grande emoção em ambas.

Nas sessões seguintes, sexta e sétima, percebeu-se que a paciente tinha grandes dificuldades em identificar quais eram seus valores desejados de vida, com a ajuda de psicoeducação sobre o que são valores e a aplicação da Tabela de Valores (Saban, 2015), permitiu que a paciente identificasse os valores que estão envolvidos nas diversas áreas de sua vida.

Paciente demonstrou interesse em realizar a atividade, preenchendo a Tabela de Valores junto com estagiária-terapeuta, verbalizou em cada etapa suas impressões em relação aos resultados. Esta atividade levou Lídia a refletir sobre a fragilidade de suas relações afetivas (principalmente no casamento), o descaso com sua saúde e a frustração em ser dependente financeira do marido. Ao final da atividade, reconheceu que os resultados refletiam com precisão seu contexto naquele momento e entendeu quais eram seus valores, ou boa parte deles e quais as prioridades escolhidas para iniciar o processo de mudanças fundamentais em sua vida.

Em relação a seu comportamento de esquiva experiencial, a paciente demonstrava nas últimas sessões, maior exposição aos eventos aversivos relacionados à morte do filho, comportando-se de forma mais assertiva na resolução dos conflitos familiares e demonstrando bom engajamento no processo de aceitação do luto. Ao aproximarmos das férias de final de ano, listamos o que chamamos de "Planejamento de Férias", atividades que Lídia gostaria de realizar no período em que não estaríamos em terapia. Demonstrou-se animada e disposta a tentar realizar o que havia planejado.

Retomamos as sessões depois de um longo período de férias, a paciente relatou que durante esse período muitas coisas haviam acontecido no cotidiano da família, como realização de passeios com os netos em um parque aquático, disposição em visitar amigos, retorno de exercício físico (caminhada) e a possibilidade de iniciar a produção de salgados para venda. Todas as iniciativas foram reforçadas positivamente pela estagiária-terapeuta no intuito auxiliar a paciente a se comprometer com as mudanças que se apresentavam.

Na décima e última sessão, nota-se que Lídia apresentava maior disposição física, estava bastante falante e mais consciente do seu contexto atual, mesmo verbalizando que a morte do filho era um evento comparado a uma "montanha russa", ou seja, com dias bons e outros ruins, altos e baixos. Ainda mantinha a confiança de que o filho estava *"em bom lugar com Deus"* e que cada um dos seus familiares precisava entender que mesmo com todo sofrimento e saudade era preciso dar continuidade e novos sentidos na vida sem o filho falecido.

Demonstrou que gostaria de pensar mais em si, desenvolver alguma de suas habilidades culinárias para ganhar seu próprio dinheiro, se "arrumar", (ir ao salão de beleza), ser mais dedicada às suas atividades religiosas, ter coragem de dizer "não" para as situações que a deixavam sobrecarregas, o que para Lídia seriam ações que a faria uma pessoa mais feliz e útil.

Para tais ação, foi construída com a paciente o que chamou de "Meu planejamento semanal", pois se queixava de passar todo o dia envolvido com apenas as atividades domésticas e cuidado com os netos. Nessa organização, Lídia pode dividir as atividades diárias que já realizava com as novas mencionadas anteriormente, visualizando assim, a possibilidades de mudanças rumo a uma vida mais significativa e prazerosa.

Esta seria a última sessão realizada com Lídia. O atendimento da paciente foi finalizado em 10 sessões, no entanto, mesmo com o curto prazo de tempo em terapia, pode-se perceber melhoras no repertório de comportamentos de esquiva experiencial da paciente, bem como melhora no processo de aceitação do luto materno.

Discussão

Diante dos estudos realizados neste artigo, confirmou-se que houve melhora no comportamento de esquiva experiencial e na promoção da melhora no processo de aceitação do luto materno de Lídia durante o processo terapêutico à partir das intervenções da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT.

Observou-se que a paciente demonstrou significativo engajamento no processo terapêutico desde o início das sessões, foi acolhida pela estagiária-terapeuta em seu sofrimento com escuta atenta e não punitiva, recebendo da mesma, reforçamentos positivos e validação em seus comportamentos relacionados à sua queixa (luto materno).

Essas estratégicas terapêuticas oportunizaram importante vínculo de confiança e respeito entre paciente e estagiária-terapeuta, pois a relação que se estabeleceu entre ambas, favoreceu espaço reforçador para que a paciente pudesse expressar de forma genuína seus pensamentos, sentimentos e emoções (Braga & Vandenberghe, 2006).

No início dessas intervenções, Lídia apresentava grande dificuldade em enfrentar seus dolorosos e aversivos eventos relacionados ao luto, gerando comportamentos de esquiva experiencial e reduzido repertório comportamental no processo de aceitação. Privilegiou-se nessa etapa de intervenção, a utilização de psicoeducação e mindfulness (atenção plena), o que propiciou à paciente observar seus comportamentos de esquiva e não aceitação do luto, sem julgamentos, mantendo-se no momento presente.

A paciente pôde perceber que mesmo diante do seu contexto atual de perda, aceitar esse evento de grande sofrimento na vida de uma pessoa, possibilitou mudar importantes padrões de esquiva e melhora no seu processamento da dor gerada pelo luto (Nascimento, 2015).

De acordo com Saban, 2015, o modelo de psicopatologia ou inflexibilidade psicológica apresentado pela ACT, Terapia de Aceitação e Compromisso, estão nos comportamentos de esquiva experiencial e podem ser observados nas sessões terapêuticas, ou seja, quanto mais Lídia se esquivava do que sentia e pensava, mais se aproximava dos efeitos desagradáveis, evitando o enfrentamento do problema original, o que restringia seu repertório comportamental e limitava as ações valorativas que dão sentido à vida (Saban,2015).

O auxílio de outras estratégias terapêuticas como registros de vivências diárias em “diário de terapia”, exercícios de meditação e metáfora, foi importante no direcionamento das ações terapêuticas da estagiária-terapeuta que procurou manter a paciente em contato com suas contingências, vivenciar os eventos desagradáveis relacionadas ao luto e reorganizar sua vida de forma saudável. (Oliveira, 2014)

Foram analisadas nas sessões finais, dificuldades que paciente tinha em entender e identificar seus valores de vida desejados e a clareza de objetivar coerentemente sua história de vida. Lídia foi esclarecida sobre o que é valor (psicoeducação), e para auxiliar no processo pelo qual a paciente pudesse identificar os seus próprios valores, nas diversas áreas de sua vida, foi usada tabela de valores. Notou-se pela estagiaria-terapeuta que paciente demonstrou bom entendimento do que vem a ser valores (Saban, 2015) e perceber quais áreas necessitavam de atenção da paciente.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), demonstrou ser uma proposta terapêutica em que, demandas como o luto podem ser trabalhadas, cujos objetivos de desenvolver repertórios comportamentais de flexibilidade psicológica auxiliou a paciente a lidar com as tentativas de controlar pensamentos, sentimentos e emoções desagradáveis que lhe causavam sofrimento de uma forma menos aversiva, mantendo-se mais

consciente e em contato com seu momento presente (Saban, 2015).

Os atendimentos com a paciente foram encerrados, pois todas as atividades acadêmicas do NEP foram suspensas devido a atual condição mundial de Pandemia causada pela contaminação do Coronavírus (Covid 19), seguindo orientações da OMS- Organização Mundial de Saúde para que todos mantenham-se em isolamento social.

Embora considerando que houveram significativas melhoras no repertório comportamental de esquiva experiencial e no processo de aceitação do luto materno de Lídia, e que tais mudanças se apresentaram positivamente de forma gradual durante no processo terapêutico, muitos desses processos ainda necessitam de continuidade e acompanhamento em futuras sessões de terapia.

Por fim, cabe ressaltar que a ACT é uma importante e relevante ferramenta clinica no processo de intervenção e estudos dentro das terapias comportamentais de terceira geração evidenciando sua relevante contribuição no atendimento à demanda de esquiva experiencial e o processo de aceitação no caso de luto materno apresentado neste artigo. Sugere-se que sejam realizados futuros estudos que contribuam não apenas no enriquecimento dos processos de intervenções terapêuticas, mais que possibilite a comunidade academia de psicologia aproximar-se mais desse tema tão complexo como o luto.

Referências

Alvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé, 5*(2), 159-72.

Barbosa. L. M & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidência. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16*(3), 34-49.

Braga, G. L. B., Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 307-314.

Kovacs, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(3), 484-497.

Kübler-Ross, E. (2017). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Meneses. São Paulo. Título original *On Death and Dying*.

Hayes, S., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, *10*(1), 81-104.

Hoshino, K. (2006). A perspectiva biológica do luto. In: Hélio José Guilhardi; Noreen Campbell de Aguirre. (Org.) Sobre Comportamento e Cognição: 17, 313-326.

Nascimento, et al. (2015). Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. *Psicologia Argumento, 33*(83), 446-458.

Oliveira, D. R. (2014). *Terapia do Luto*: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento. São Paulo.

Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda:* as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus.

Prudêncio, M. R. A., Cardoso, A. P. (2015). *Enfrentamento da Esquiva Social por meio da Terapia de Aceitação e Compromisso.* Teoria e

formulação de caso em análise do comportamento. Farias A. K. C. R., et al. Artmed. Porto Alegre. 297-317

Ridanos Protectors. (2014) *Interview with Dr. B. F. Skinner shortly before he died ...* [Arquivo de vídeo] Recuperado em 13 de setembro de 2015 de https://www.youtube.com/ watch?v=Qd ZNdO E4a-s

Saban, M. T. (2008). *Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).* (Trabalho de conclusão de curso). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, SP, Brasil.

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

Saban, M. T. (2015). O Que é Terapia de Aceitação e Compromisso? In. P. L. Santos, J. P. Gouveia, & M. S. Oliveira. *Terapias Comportamentais de Terceira Geração*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Torres, N. (2010). Luto: a dor que se perde (ou não se perde) (Cap. 34). *Sobre Comportamento e Cognição.* Santo André: ESETec, Editores associados.

Torres, N. (2018). Luto Humano: reflexões e intervenções na clínica analítico-comportamental. In. *I Jornada de Análise do Comportamento de Marília*, Marília-SP. Luto. Humano como processo: refletindo aspectos teóricos e aplicando intervenções analítico-comportamentais.

Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.

Santos, P. L., Gouveia, J. P., & Oliveira, M. S. (2015). Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Sinopses. 1-54.