

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CLAUDIA KAMI BASTOS OSHIRO

Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois
clientes difíceis

São Paulo

2011

CLAUDIA KAMI BASTOS OSHIRO

Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica. Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

São Paulo, SP

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS EXCLUSIVOS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oshiro, Claudia Kami Bastos

Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis/Claudia Kami Bastos Oshiro; orientadora, Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2011.

p.184

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Delineamento experimental de caso único 2. Psicoterapia Analítica Funcional 3. Relação Terapêutica 4. Análise Comportamental Clínica. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Claudia Kami Bastos Oshiro

Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Aprovada em : ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, **Kenji e Fátima**, que me ensinaram a ser curiosa, a questionar todas as coisas do mundo e a não me contentar com uma simples resposta. Obrigada pelo apoio incondicional na trajetória de minha vida. E como eles sempre falam: "Filhos é para a vida toda!".

À minha querida orientadora **Sonia Meyer**, que me acolheu de braços abertos na chegada a São Paulo em 2006, depois de uma grande mudança na minha vida. Cheguei curiosa (e ingênua) para aprender a fazer pesquisa em clínica e Sonia conseguiu me deixar ainda mais animada com cada conversa que tínhamos. Com a sua frase "fala solto, não se preocupe com os termos agora", foi modelando pacientemente os meus relatos e me guiou por um bom caminho. Obrigada pela disponibilidade para as minhas necessidades, quer como aluna/pesquisadora, quer como pessoa/amiga. Enfim, orientadora, pesquisadora, conselheira, amiga. Obrigada por todos os conselhos dados na hora exata. Obrigada por ter confiado em meu trabalho e ter aceito esta empreitada de pesquisa. Minha eterna gratidão e carinho.

Aos meus **clientes participantes** que me deixavam insatisfeita a cada sessão e assim me instigavam a procurar por respostas. Obrigada pelo aprendizado contínuo e pela parceria ao longo dos anos. Obrigada pelos momentos inesquecíveis. Desconfiados e vulneráveis; corajosos e intensos; fiéis e comprometidos; enfim, adoráveis e apaixonantes.

Agradecimentos

À **Família Bastos** (especialmente para o vô **José** e vô **Aparecida**) e **Família Oshiro**, que me ensinaram o valor da dedicação, do estudo e do trabalho.

A minha **irmã Fernanda** e ao meu **cunhado Michel**, que me presentearam com a vinda da **Isabela** e do **Matheus** me ajudando a superar o cansaço com os dias mais gostosos e divertidos.

Ao meu **marido Evandro**, que me acompanha nesta caminhada desde a graduação, pela infinita paciência, compreensão de minha ausência e suporte nas horas de cansaço extremo. Valeu pelo novo repertório adquirido: cozinheiro oficial dos jantares semanais. Companhia e apoio indispensável para a realização deste trabalho.

À minha querida **amiga Hérica Sadi**, amizade que tornou a caminhada do doutorado mais leve. Obrigada pelo apoio incondicional em tantos momentos difíceis vividos, sempre disposta a me ouvir e a me ajudar. Companhia de congresso e de parcerias. Amizade para toda a vida.

Ao pessoal do grupo de supervisão "*Estrela do Lattes*", **Alessandra Villas-Bôas**, **Carolina Trousdell**, **Giovana Del Prette**, **Marcia Kameyama**, **Patrícia Rossi**, **Victor M. Santos**, pelo apoio, discussão dos casos clínicos e momentos de travessuras.

À **Rejane Mayer**, companheira de congresso, de risadas; amizade para toda a vida.

À **Giovana Del Prette** que me acolheu em sua casa e me acompanhou nas minhas insônias. Obrigada pelo grande apoio na reta final do doutorado e pela sua disponibilidade em ajudar. Agradeço também ao **Leandro Nascimento**, que também se fez presente para me ajudar no que fosse preciso.

Ao **Denis Zamignani**, que me ajudou nas dúvidas ao longo dos anos.

Às minhas eternas **amigas Tati Gaia** e **Gaby Reyes**, que mesmo distantes me proporcionaram momentos inesquecíveis no pouco tempo de nossos encontros. Sempre presentes, embora em cidades diferentes, elas conseguiram me ajudar até nos últimos minutos de entrega de tese.

À minha prima **Paula Bastos** que se mostrou sempre disponível para me ajudar com dúvidas de inglês e de português. Revisou parte desta tese com a rapidez, a intensidade e a adrenalina da família Bastos.

Às minhas **professoras Edwiges Silveiras e Maria Martha Hübner**, pelo ensinamentos ao longo dos anos. Em especial à **Martha Hübner** que me aceitou como supervisora clínica do curso de especialização e pela parceria nos quatro anos de trabalho em conjunto.

À equipe de supervisores da pós-graduação, **Martha Hübner, Regina Wielenska** e, mais recentemente, **Maira Baptistussi e Marcos Garcia**, que tornaram as minhas sextas mais divertidas. Agradeço a **Regina Wielenska** pelos sábios conselhos nos corredores do hospital.

À minha **orientadora de mestrado Deisy das Graças de Souza**, presença essencial na minha vida acadêmica e formação profissional. Modelo de competência e dedicação.

Aos todos os meus **professores** que contribuíram para a minha formação.

Ao **Antônio Bento** que me conhece desde pequena e, em “conversas piracicabanãs”, me incentivou a continuar o meu caminho como pesquisadora.

Aos meus **alunos e supervisionandos**, que me fizeram refletir e aprender diante de cada questionamento feito.

Aos meus **clientes** que me surpreenderam quando entenderam as minhas necessidades, os meus períodos de ausência e dividiram comigo os momentos de alegria na confecção desta tese. Alguns se ofereceram para ajudar, outros pediram horários extras.

À minha **secretária Nanci**, que organizou a minha vida para que eu conseguisse me dedicar a esse projeto.

Às **funcionárias Cícera, Cláudia e Rita**, da Psicologia Clínica da USP, sempre disponíveis para me socorrer e me ajudar ao longo desses anos todos.

À **Sônia Maria Caetano de Souza** que me socorreu em todos os momentos de “dúvidas burocráticas” e me ajudou a montar os formulários.

"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente."

(B.F Skinner)

Oshiro, C. K. B. (2011). Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A psicoterapia analítica funcional (FAP) foi criada no final da década de oitenta por Kohlenberg e Tsai como uma tentativa de explicar em termos analítico-comportamentais a interação terapêutica como instrumento capaz de promover mudanças comportamentais. Atualmente, este tipo de psicoterapia vem obtendo validação empírica e está se consolidando com uma psicoterapia eficaz para os casos clínicos considerados difíceis, que geralmente são aqueles que apresentam algum tipo de dificuldade nos relacionamentos interpessoais. Entretanto, há escassez de trabalhos que mostram as variáveis do processo terapêutico, ou seja, variáveis do terapeuta e do cliente que favorecem e/ou dificultam o andamento da terapia e os processos e procedimentos responsáveis pela mudança comportamental do cliente. Diante deste cenário, o presente trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos de introdução e retirada das intervenções FAP sobre as seguintes categorias criadas a partir de observações clínicas da pesquisadora de alguns comportamentos em sessão (comportamentos clinicamente relevantes, CCRs) que estariam dificultando o andamento da psicoterapia com clientes difíceis: 1) verborragia, 2) falta de correspondência com a fala do terapeuta, 3) fala superficial e, 4) agressões verbais. Foram selecionados dois participantes com problemas de relacionamento interpessoal que já faziam terapia com a pesquisadora, tendo como linha de base um processo psicoterápico bem consolidado, o que possibilitou o controle de algumas variáveis intervenientes (relação terapêutica estabelecida e baixa probabilidade de desistência). As sessões foram filmadas e os instrumentos de medida utilizados foram: a) Sistema multidimensional de categorização da interação terapêutica e, b) Escala de classificação da Psicoterapia Analítica Funcional – FAPRS. O delineamento experimental de caso único apresentou o arranjo A-B1-C1-B2-C2, sendo: A- terapia sem intervenções programadas; B1 e B2- introdução da FAP e, C1 e C2- retirada da FAP. As 40 sessões de terapia, 20 para cada cliente, foram transcritas e categorizadas. Os resultados indicaram que as categorias dos clientes com maior porcentagem de ocorrência foram as de Relato, Estabelecimento de relação entre eventos e Oposição. Já as da terapeuta foram as de Facilitação, Empatia e Solicitação de relato. Com a manipulação da variável independente (FAP), o delineamento experimental permitiu mostrar que a porcentagem de ocorrência dos comportamentos que dificultam o andamento da terapia (CCRs1) diminuiu nas fases de introdução da FAP e, o inverso ocorreu quando a FAP foi retirada. Os comportamentos que favoreciam o andamento da terapia (CCRs2) e análises feitas pelos clientes (CCRs3) apresentaram a tendência oposta, ou seja, aumentaram a porcentagem de ocorrência nas fases de introdução da FAP e diminuíram nas fases de retirada da FAP. Este delineamento se mostrou útil para a pesquisa em psicoterapia e os resultados corroboraram que o principal mecanismo de mudança envolvido na FAP é a modelagem direta dos CCRs ocorrendo em sessão, no contexto da relação terapêutica.

Palavras-chave: Análise comportamental aplicada, Delineamento experimental de caso único, Psicoterapia Analítica Funcional, Relação Terapêutica.

Oshiro, C. K. B. (2011). Single-case experimental design: Functional Analytic Psychotherapy with two difficult clients. Doctoral dissertation, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) was created in the late eighties by Kohlenberg and Tsai as an attempt to explain, in behavioral-analytic terms, the therapeutic interaction as an instrument to promote behavioral changes. Currently, this kind of psychotherapy is obtaining empirical validation and is emerging as an effective psychotherapy for difficult clinical cases, which are usually those with some kind of difficulty in interpersonal relationships. However, there are just a few researches that show the variables of the therapeutic process, that is, variables of the client and therapist who favor and/or hinder the progress of therapy and the processes and procedures responsible for behavioral change. The present study aimed to evaluate the effects of the introduction and withdrawal of FAP interventions on the following categories created from the researcher's clinical observations of some behaviors in session (clinically relevant behaviors, CRBs) that were affecting the progress of psychotherapy with difficult clients: 1) verbose talking, 2) talking with no correspondence with the therapist speech, 3) superficial speech and 4) aggressive verbal responses. Two participants with interpersonal relationship problems were selected and were in therapy with the researcher so the baseline was a well consolidated psychotherapy process, which allowed the control of some variables (therapeutic relationship established and low probability of discontinuing therapy). The sessions were video recorded and the measuring instruments were: a) multidimensional system for coding behaviors in therapist-client interaction, b) Functional Analytic Psychotherapy rating scale – FAPRS. The single-case experimental design was the following: A-B1-B2-C1-C2 (A= the therapy without planned interventions; B1 and B2-introduction of FAP and, C1 and C2- FAP withdrawal). The 40 therapy sessions, 20 for each client, were transcribed and coded. The results indicated that the clients' categories with higher percentage of occurrence were Reports, Establishment of relation between events, and Opposition. The therapist's were Empathy, Facilitation and Request report. With the manipulation of the independent variable (FAP), the experimental design showed that the percentage of occurrence of behaviors that affect the progress of therapy (CRBs1) decreased in the phases of FAP and the inverse occurred when FAP was withdrawn. The behaviors that helped the progress of therapy (CRBs2) and clients' analyses (CRBs3) showed the opposite trend, i.e. increased the percentage of occurrence in the phases of FAP and decreased in phases of FAP withdrawal. This experimental design proved to be useful for the research in psychotherapy and the results confirm that the main mechanism of change involved in FAP is the direct shaping of CRBs occurring in session, within the context of the therapeutic relationship.

Keywords: Applied Behavioral Analysis, Single-case Experimental Design, Functional Analytic Psychotherapy, Therapeutic Relationship.

SUMÁRIO

RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	i
LISTA DE TABELAS.....	ii
LISTA DE SIGLAS.....	iii
LISTA DE ANEXO.....	iv
INTRODUÇÃO.....	1
Clientes considerados difíceis.....	7
A interação terapeuta-cliente como instrumento de mudança comportamental....	13
A Psicoterapia Analítica Funcional (<i>Functional Analytic Psychotherapy - FAP</i>).....	15
Evidências empíricas que embasam a Psicoterapia Analítica Funcional.....	18
Delineamento experimental.....	24
Justificativas e objetivos.....	28
MÉTODO.....	30
Participantes.....	30
Clientes.....	30
Terapeuta-pesquisadora.....	31
Juiz.....	31
Ambiente de coleta de dados.....	32
Materiais e equipamentos.....	33
Questões éticas.....	52
Procedimento	53
Delineamento.....	54
Unidade de medida.....	55
Unidade de análise.....	55
Coleta e análise dos dados.....	59
Concordância entre observadores.....	62
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXOS.....	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Vista aérea da sala de atendimento do Laboratório de Terapia Comportamental, local onde as sessões de ambos os clientes ocorreram.....	32
Figura 2 -	Estrutura do delineamento experimental.....	54
Figura 3 -	Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras da terapeuta do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica das 20 sessões da cliente Roberta e do cliente Vinícius.....	65
Figura 4 -	Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras dos clientes do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica das 20 sessões da cliente Roberta e do cliente Vinícius.....	69
Figura 5 -	Frequência relativa das categorias da terapeuta do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica distribuídas ao longo das fases experimentais de ambos os clientes.....	78
Figura 6 -	Distribuição das porcentagens das categorias de Interpretação (INT), Aprovação (APR) e Solicitação de reflexão (SRF) da terapeuta nas fases experimentais, para os participantes Roberta e Vinícius.....	80
Figura 7 -	Frequência relativa das categorias dos clientes do sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica distribuídas ao longo das fases experimentais de ambos os clientes.....	85
Figura 8 -	Distribuição das porcentagens das categorias de Estabelecimento de relação (CER) e Concordância (CON) da cliente Roberta nas fases experimentais.....	87
Figura 9 -	Distribuição das porcentagens das categorias de Oposição (OPO), Solicitação (SOL), Estabelecimento de relação (CER) e Concordância (CON) do cliente Vinícius nas fases experimentais....	88
Figura 10 -	Distribuição das porcentagens das subcategorias de Oposição (OPO) das 20 sessões por fases do delineamento experimental para Roberta e Vinícius.....	90
Figura 11 -	Frequência relativa dos CCRs1, CCRs2 e CCR3 por fases do delineamento experimental (A-B1-C1-B2-C2) para a cliente Roberta e cliente Vinícius, ao longo das 20 sessões de psicoterapia.....	94
Figura 12 -	Frequência relativa dos CCRs 1, 2 e 3 distribuídos ao longo das fases do delineamento para os participantes Roberta e Vinícius.....	102
Figura 13 -	Porcentagem de respostas efetivas da terapeuta para a modelagem de CCRs de Roberta e Vinícius ao longo das 20 sessões de psicoterapia.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Identificação dos participantes, sexo, idade, início da terapia com a pesquisadora.....	31
Tabela 2 -	Categorias da terapeuta utilizadas nesta pesquisa do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica (SMCCIT).....	36
Tabela 3 -	Categorias dos clientes utilizadas nesta pesquisa do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica (SMCCIT).....	44
Tabela 4 -	Número de sessões analisadas em cada fase para ambos os participantes.....	59
Tabela 5 -	Banco de dados para análise das sessões de terapia de ambos os cliente e seus respectivos eixos.....	59
Tabela 6 -	Índice de concordância e índice <i>Kappa</i> da sessão de número 169 para a cliente Roberta.	63
Tabela 7 -	Frequência absoluta e porcentagem das subcategorias da Oposição para os clientes Roberta (coluna cinza) e Vinícius (última coluna) ao longo das 20 sessões.....	74
Tabela 8 -	Frequência absoluta e porcentagem das categorias da terapeuta do SMCCIT de acordo com as fases experimentais para Roberta (CR) e Vinícius (CV).....	79
Tabela 9 -	Frequência relativa e porcentagens das categorias dos clientes do SMCCIT para a cliente Roberta (CR) e cliente Vinícius (CV) ao longo das fases experimentais.....	86
Tabela 10 -	Frequência absoluta e porcentagens das subcategorias de Oposição distribuídas ao longo das fases do delineamento experimental para a cliente Roberta (CR) e cliente Vinícius (CV).....	91
Tabela 11 -	Sequência de falas da terapeuta e da cliente Roberta com suas respectivas categorizações com os sistemas SMCCIT e FAPRS, correspondente a primeira sessão da fase B1 (169).....	96
Tabela 12 -	Sequência de falas da terapeuta e da cliente Roberta com suas respectivas categorizações com os sistemas SMCCIT e FAPRS, para exemplificar CCR3 (sessão 1 da fase B1).....	97

LISTA DE SIGLAS

Instrumentos

SMCCIT	Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica
FAPRS	Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional

Categorias do Terapeuta

SMCCIT

SRE	Solicitação de Relato
FAC	Facilitação
EMP	Empatia
INF	Informação
SRF	Solicitação de Reflexão
REC	Recomendação
INT	Interpretação
APR	Aprovação
REP	Reprovação
OUT	Terapeuta Outros

FAPRS

Regra 1	Terapeuta avalia CCR1
Regra 1-P	Terapeuta avalia CCR via paralelo fora da sessão/dentro da sessão
ECCR, Regra 2	Terapeuta evoca CCR
TCCR1, Regra 3-1	Terapeuta responde efetivamente ao CCR1
TCCR2, Regra 3-2	Terapeuta responde efetivamente ao CCR2
TCCR3, Regra 3-3	Terapeuta responde efetivamente ao CCR3
Regra 3 IN	Terapeuta responde de forma ineficaz ao CCR
Regra 4	Terapeuta avalia o efeito do seu responder
Regra 5	Terapeuta avalia a generalização

Categorias do Cliente

SMCCIT

SOL	Solicitação
REL	Relato
MEL	Melhora
MET	Meta
CER	Estabelecimento de relação entre eventos
CON	Concordância
OPO	Oposição
COU	Cliente Outros

FAPRS

CCR1	Comportamento Clinicamente Relevante 1
CCR2	Comportamento Clinicamente Relevante 2
CCR3	Comportamento Clinicamente Relevante 3

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido para o cliente.....	131
Anexo 2 - Declaração de ciência da Clínica-escola.....	134
Anexo 3 - Formulação dos casos clínicos.....	136
Anexo 4 - Termo de responsabilidade.....	167

Antigamente, as pessoas se submetiam a psicoterapia e relatavam melhoras. Muitos clínicos diziam que os seus pacientes melhoravam, mas poucos dados empíricos embasavam esses comentários. Em 1952, instigado por essa questão, Eysenck deu início às discussões sobre a validade dos métodos terapêuticos e realizou estudos na tentativa de responder se a psicoterapia era efetiva para qualquer tipo de problema. Este autor propôs o uso de um método comparativo experimental para investigar a hipótese de que pacientes melhorariam dos problemas psicológicos mais rapidamente quando submetidos a uma terapia (Eysenck, 1952). Para isso, o autor fez uma revisão de 24 estudos até então publicados, estudos que não apresentavam controle experimental, apenas dados sobre resultados de tratamento de psicoterapia psicodinâmica e eclética. Ao analisar os artigos, o autor concluiu que a possibilidade de melhora com a psicoterapia era menor do que a melhora sem terapia (remissão espontânea) e isso causou grande tumulto no meio científico (Eysenck, 1952). Em outro trabalho feito por Eysenck (1960), o pesquisador mostrou que a terapia comportamental era eficaz com algumas queixas, entre elas, ansiedade e fobia.

Apesar de Eysenck receber inúmeras críticas no que diz respeito ao método e cálculos que ele havia realizado no estudo de 1952, nenhum crítico chegou a afirmar que os trabalhos revisados haviam demonstrado a eficácia da psicoterapia. Em contrapartida, a partir dos estudos de Eysenck (1952, 1960), houve um grande desenvolvimento de metodologias com o objetivo de estudar a eficácia da psicoterapia o que culminou em uma série de pesquisas de resultados.

Passaram-se duas décadas para que os dados produzidos por diversas investigações constatassem que certas psicoterapias, realizadas por certos terapeutas, com certos clientes, eram demonstravelmente mais eficazes¹ em comparação com grupos controle sem tratamento (Garske & Lynn, 1985). A partir dessas demonstrações, uma nova investigação surgiu para definir qual era a abordagem psicoterapêutica que apresentava melhores resultados, embora houvesse uma grande dificuldade em analisar e comparar as diferentes medidas (Garske & Lynn, 1985).

¹ Eficácia era definida como a diferença de resultado obtida entre clientes, com quadros parecidos, tratados e não-tratados.

Diante da dificuldade de comparar os resultados obtidos por diversos estudos, Luborsky, Singer e Luborsky (1975) fizeram uma tentativa de superar os métodos qualitativos de análise, procurando quantificar a comparação entre a efetividade dos tratamentos das diversas escolas psicológicas. Assim, os autores evidenciaram que várias formas de terapia eram efetivas, mas não muito diferentes entre si, ou seja, o "veredicto dodo"². Contudo, a análise estatística que os autores utilizaram não foi descrita de forma clara³.

Beutler (1991), revisando o ponto de vista de Luborsky et al. (1975), levantou a seguinte questão: "será que todos ganharam e todos devem receber o prêmio?". Novamente, 20 anos se passaram para que a Divisão 12 da Força Tarefa para a Divulgação e Promoção de Procedimentos Psicológicos da APA (*American Psychological Association*) fosse criada com o objetivo de discutir critérios para validação de modelos terapêuticos empiricamente validados, além da elaboração de uma lista de métodos e modelos aprovados por estes critérios (Chambless & Ollendick, 2001). Foram identificados 18 tratamentos com bases empíricas bem estabelecidas, ou seja, tratamentos que passaram por testes controlados com uma população específica e que foram implementados de maneira padronizada (como um manual de tratamento). Assim, a principal contribuição desta Força Tarefa se deu com a conclusão de que algumas psicoterapias eram empiricamente validadas, enquanto que outras não apresentavam embasamento científico (Força tarefa, 1995).

Em decorrência das conclusões da Força Tarefa de 1995, o reconhecimento por tratamentos comprovadamente efetivos aumentou e uma ampla gama de estudos

² Rosenzweig (1936) foi o primeiro a usar este termo do veredicto do pássaro dodo e aplicou-o no âmbito da psicoterapia para descrever a hipotética equivalência das várias psicoterapias. O termo "Dodo veridict" pertence ao livro "Alice no país das maravilhas", de 1865, e se refere a uma competição entre várias raças de animais na qual os participantes iniciaram a corrida em diferentes pontos e corriam em diferentes direções por meia hora. Esta metáfora foi utilizada para se referir às distintas abordagens psicoterápicas que, apesar da existência de dezenas de abordagens e modelos terapêuticos com visões diferentes do funcionamento humano, não existia diferenças de resultados entre os vários modelos teóricos.

³ Westmacott e Hunsley (2007), refizeram um resumo e atualização da meta-análise realizada por Hunsley e Di Giulio's (2002) sobre os estudos comparativos de tratamento e concluíram que as evidências empíricas claramente indicam que, quando as comparações estatísticas tem o poder para detectar diferenças, a não equivalência entre as psicoterapias é a regra, não a exceção. Portanto, os autores questionam o Veredicto Dodô.

comprovaram a eficácia da psicoterapia (APA, 2005; Seligman, 1995). Entretanto, a importância dada aos tratamentos breves e padronizados suscitou algumas preocupações entre os psicólogos. Dentre elas, 1) o destaque dado para os efeitos dos tratamentos específicos em oposição a outros fatores que poderiam alterar os resultados e, 2) a aplicabilidade desses tratamentos para diversos tipos de pacientes, com diferentes comorbidades, personalidades, raça, etnia e cultura.

Portanto, embora houvesse a comprovação que a psicoterapia era eficaz (Seligman, 1995), tornou-se necessário evidenciar os mecanismos responsáveis pela mudança clínica, na tentativa de explicar por que a terapia funciona e como isso ocorre (Greenberg, 1999; Kazdin, 1999; 2001; 2003). Assim, a compreensão dos mecanismos da terapia permitiria maximizar os efeitos do tratamento e fortalecer a generalização para a prática clínica (Kazdin, 2003; Kazdin & Nock, 2003), lacuna que sempre se fez presente.

Em resposta às preocupações e às demandas para elucidar os mecanismos de mudança, grupos de psicólogos incluindo outras divisões da APA, ofereceram uma moldura adicional para integrar a evidência das pesquisas disponíveis. Foi dentro desse contexto que, em 1999, a divisão 29 da APA (Psicoterapia) estabeleceu uma Força Tarefa para identificar, operacionalizar e divulgar informações sobre os estudos empiricamente baseados sobre a relação terapêutica, dada a forte associação entre os resultados e os aspectos desta relação.

Diante desse contexto, em 2005, a Força Tarefa sobre a Prática baseada em Evidência surgiu, incluindo cientistas e profissionais de várias tradições e abordagens psicológicas. Teve como objetivo principal definir e explicitar os princípios desta prática, além de definirem o "Práticas Psicológicas baseadas em evidências" como a "integração do que há de melhor da pesquisa disponível com a perícia clínica no contexto das características do paciente, cultura e preferências" (APA, 2006; p. 273).

Castonguay e Beutler (2006) sistematizaram 61 princípios (comuns⁴ e únicos⁵) envolvidos na mudança terapêutica discutidos na Força Tarefa sobre Princípios de

⁴ Princípios comuns são aqueles que têm impacto no tratamento psicossocial ou psicológico para, pelo menos, dois dos transtornos que ocorrem em adultos.

Mudança Terapêutica Empiricamente Baseados, uma ação conjunta da Divisão 12 da APA com a Sociedade Norte-americana de Pesquisas em Psicoterapia. Esta Força Tarefa teve como objetivos: 1) identificar o impacto das características do participante, das intervenções e modelos teóricos (tratamentos) e das variáveis do relacionamento sobre os resultados da terapia; 2) descrever como essas variáveis interagem umas com as outras na determinação dos resultados e, 3) de identificar os princípios básicos envolvidos na seleção e aplicação de tratamentos efetivos para diferentes tipos de pacientes.

Os autores apontaram que as características dos participantes (terapeuta e cliente), poderiam ser observadas e inferidas, ambas contendo princípios comuns e únicos. Considerando as primeiras características, as observadas, é possível citar princípios comuns de mudança terapêutica, tais como, clientes com um elevado grau de deficiência antes do tratamento são menos propensos a serem ajudados pela terapia do que aqueles com um nível mais alto de funcionamento e, clientes com transtorno de personalidade são menos propensos a serem ajudados pela terapia do que aqueles que não têm este diagnóstico. Também foram identificados princípios únicos para as categorias observadas dos participantes, tais quais, 1) clientes de grupos raciais ou étnicos menos favorecidos se beneficiam menos da psicoterapia convencional do que grupos anglo-americanos; 2) as taxas de abandono escolar são reduzidas se terapeutas e clientes são provenientes de contextos raciais/étnicos iguais ou semelhantes; 3) ao cliente resistente, o uso de intervenções terapêuticas mais diretivas deve ser inversamente proporcional a níveis altos de resistência do cliente; 4) clientes com elevados níveis de dificuldade inicial respondem melhor a tratamento intensivo, a longo prazo; 5) clientes impulsivos, que atribuem a responsabilidade de seus atos a fatores externos, se beneficiam mais com as intervenções que visam diretamente a mudança de comportamento e a diminuição dos sintomas. Já com as categorias inferidas, algumas podem ser citadas: 1) tratamentos com melhores efeitos tendem a ocorrer se psicoterapeutas são abertos, conhecedores e tolerantes a falhas de diferentes pontos de vista religiosos; 2) o terapeuta pode aumentar a sua eficácia se ele tem atitudes de flexibilidade; 3) tratamentos podem obter efeitos positivos se o

⁵ Princípios únicos aplicam-se mais especificamente para o tratamento psicológico de um determinado transtorno.

terapeuta ficar confortável com relacionamentos a longo prazo e emocionalmente intensos; 4) os benefícios dos tratamentos podem ser aumentados se o terapeuta é capaz de tolerar seus sentimentos negativos para com o cliente (Castonguay & Beutler, 2006).

Ao considerar a relação terapêutica, os princípios da mudança terapêutica podem ser sintetizados em três áreas: qualidade do relacionamento terapêutico (terapia tende ser mais produtiva se uma forte aliança é formada e mantida durante o tratamento), habilidades interpessoais do terapeuta (terapeutas mais empáticos e autênticos podem produzir melhores resultados) e, habilidades clínicas (o uso de interpretações, se claras e precisas, tendem a promover mudanças terapêuticas) (Castonguay & Beutler, 2006).

Com relação às técnicas e intervenções, os autores apontam que se o terapeuta fornecer um tratamento estruturado e permanecer focado na aplicação das intervenções, mudanças terapêuticas tendem a ocorrer (Castonguay & Beutler, 2006). Também comentam que as intervenções não diretivas devem ser usadas habilmente pelos terapeutas. Considerando os transtornos de personalidade, algumas sugestões são dadas: 1) os terapeutas precisam ser claros e honestos ao esclarecer os limites para esse tipo de cliente, 2) a motivação do cliente pode aumentar se o terapeuta a) conseguir lidar com os impasses terapêuticos utilizando estratégias não confrontativas, b) for responsivo e verdadeiro, c) se engajar estrategicamente em autorrevelações, e d) conseguir comunicar ao cliente o seu entendimento de como a mudança é difícil para ele (cliente) (Castonguay & Beutler, 2006). Também são apontados aspectos com relação à estrutura do tratamento (contrato, configuração, fases etc) para os clientes com transtornos de personalidade: é mais provável que a mudança terapêutica ocorra se o terapeuta receber supervisão, a motivação do cliente pode ser aumentada se o terapeuta se mostrar flexível e disponível em momentos de crise (Castonguay & Beutler, 2006).

Diante das inúmeras Forças Tarefas ao longo dos anos, as pesquisas em psicoterapia avançaram consideravelmente com o objetivo de especificar os

mecanismos⁶ de mudança. Surgiram, assim, pesquisas de processo que têm como objetivo investigar o que ocorre dentro da sessão de terapia entre terapeuta e cliente, uma maneira de compreender a interação terapêutica como um possível instrumento capaz de produzir mudanças (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986).

Visando contribuir para o corpo de conhecimento que tem sido produzido pelas pesquisas de processos, diferentes grupos de pesquisadores brasileiros vêm colaborando de forma expressiva. Destaca-se o grupo de pesquisadores orientados pela Professora Dra. Sonia Meyer, no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Estas pesquisas de processo em terapia analítico-comportamental têm como objetivo identificar os processos de mudança que ocorrem ao longo da interação entre terapeuta e cliente e a observação direta de sessões gravadas em áudio ou em vídeo é a principal estratégia metodológica para investigar tal interação (Meyer, 2009; Zamignani & Meyer, 2007), estratégia esta compartilhada com outros estudos da literatura.

Meyer (2010) e Zamignani e Meyer (2007) enfatizam que uma das possibilidades de identificar regularidades na interação terapeuta-cliente é a sistematização dos dados observados em torno de classes de comportamentos do terapeuta e do cliente. Esses critérios seriam descritos em termos de categorias de comportamento definidas operacionalmente por um dado sistema de categorias. A partir de então, seriam conduzidas análises das relações entre as categorias de terapeuta e cliente, de maneira a identificar possíveis efeitos de diferentes classes de comportamento de um membro da díade sobre o outro. Para estes autores, estudar o processo de mudança, e não apenas os resultados em psicoterapia, é consistente com o modelo de construção de conhecimento apresentado pela abordagem analítico-comportamental, visto que a interação entre o indivíduo e o ambiente e os processos de aprendizagem decorrentes dessa interação constituem seu objeto de estudo (Meyer, 2009; Zamignani & Meyer, 2007).

Dentre as pesquisas de processo realizadas na Universidade de São Paulo, podemos citar estudos sobre metodologias que envolvem: a) delineamento quase

⁶ Vale ressaltar que mecanismos se referem aos processos e/ou eventos que levam a ou causam mudança terapêutica (Kazdin, 2003).

experimental com a utilização da FAP (Taccola, 2007); b) delineamento experimental de caso único com terapeutas e alunos (Ireno, 2007; Novaki, 2003); c) delineamentos descritivos (Barbosa, 2001; Brandão, 2003; Del Prette, 2006 e 2011, Kameyama, 2010; Nardi, 2004; Rocha, 2008; Silveira, 2009; Xavier, 2010; Yano, 2003); d) estudos descritivos com comparação de grupos (Donadone, 2004 e 2009; Meyer, 2009); e) desenvolvimento de metodologias de análises (Zamignani, 2007). Pesquisas empregando algumas dessas metodologias também foram conduzidas por Starling (2010), Sadi (2011) e Rossi (2010).

No decorrer de algumas dessas pesquisas, notou-se que alguns clientes eram considerados difíceis, uma vez que exigiam grande participação do terapeuta em sessão, além de apresentarem problemas de relacionamento interpessoal que apareciam fortemente com o terapeuta. A literatura aponta que essa cliente vem aumentando, demanda que também apareceu no Laboratório de Terapia Comportamental da USP. Assim, foi necessário aprender a lidar com esses casos e, como Castonguay e Bleutler (2006) apontaram, o conhecimento das características do cliente pode ajudar no manejo clínico e no planejamento da intervenção. A seguir, são apresentadas algumas variáveis de cliente que são consideradas difíceis na prática clínica.

Clientes considerados difíceis

A partir das evidências encontradas sobre a importância do relacionamento entre terapeuta e cliente, profissionais da área da saúde passaram a observar diferenças entre clientes no que diz respeito a adesão ao processo terapêutico. Notou-se a presença de clientes que apresentavam-se colaborativos e receptivos às intervenções propostas obtendo sucesso no tratamento e, por outro lado, clientes que não respondiam satisfatoriamente, se mostravam pouco colaborativos e com tendência a abandonar o tratamento. Quando eles permaneciam em terapia, a resposta à intervenção era lenta e o processo terapêutico era difícil. Tornou-se necessário perguntar: o que faz com que determinados clientes participem do processo terapêutico ativamente e melhorem, enquanto outros se recusam de forma aberta ou disfarçada a participar desse processo? Portanto, questões acerca do

processo terapêutico foram levantadas para evidenciar as especificidades inerentes a esses clientes.

Ao examinar a literatura sobre resistência do cliente à mudança, algumas variáveis foram identificadas por interferir no processo terapêutico, entre elas, o tipo de abordagem teórica, a técnica utilizada, as vulnerabilidades pessoais do terapeuta e padrões comportamentais dos clientes. Por exemplo, Leahy (2001) e Safran (2002) apontam que a técnica de reestruturação cognitiva pode ter um efeito ruim sobre o cliente uma vez que ela pode invalidar sentimentos e ações ao mostrar o erro no pensamento e assim produzir comportamentos opostos do cliente em sessão (o cliente pode se defender desvalorizando a terapia, o terapeuta ou apresentando agressões verbais sutis/abertas). O terapeuta também pode apresentar respostas não-terapêuticas diante desses comportamentos, de acordo com suas vulnerabilidades, agredindo verbalmente, se distanciando ou confrontando de forma inadequada os comportamentos opostos.

Com relação aos padrões comportamentais do cliente, foco da presente seção, a literatura aponta que independente da abordagem teórica e das vulnerabilidades do terapeuta, há uma porcentagem de clientes que são considerados "difíceis" porque apresentam comportamentos em sessão que prejudicam o andamento da terapia, principalmente no que diz respeito a construção e manutenção do vínculo com o terapeuta. E quais são as características de um caso difícil?

Newman (2007) elencou seis características: 1) o paciente apresenta comorbidade; 2) o paciente está correndo "alto risco" de violência contra si ou outros; 3) o paciente responde pouco às manifestações de empatia do terapeuta; 4) o paciente não tem as habilidades para uma atuação colaborativa; 5) as vulnerabilidades psicológicas do terapeuta são expostas por um determinado caso e, 6) o paciente frequentemente experiencia um "esquema de antagonismo", como por exemplo, o paciente que depende e ao mesmo tempo desconfia do terapeuta. Safran (2002) também apontou que os clientes considerados difíceis apresentavam grande flutuação ou até mesmo uma ruptura no relacionamento com o terapeuta, fenômeno chamado de resistência.

Arthur Freeman, em uma conferência em 2007, elencou possíveis dicas para o terapeuta reconhecer se está diante de um cliente deste tipo. São elas: 1) cronicidade do transtorno (tempo que o cliente apresenta determinada patologia); 2) histórico de várias terapias e tratamentos, indicando uma resistência contínua; 3) terapia geralmente termina sem razões específicas; 4) aversividade das sessões; 5) os problemas do cliente são ego-sintônico (os aspectos do comportamento e sentimentos não perturbam a pessoa - "não tem problema ser assim"); 6) a terapia se constitui como um série de intervenções em crises; 7) cliente pode se mostrar satisfeito com a terapia, mas mudanças não ocorrem; 8) cliente poli-queixoso.

Como citado acima, os clientes difíceis apresentam co-morbidades entre os transtornos do Eixo I (transtornos clínicos, tais como depressão e ansiedade) e do Eixo II (transtornos de personalidade) do DSM-IV (Bateman & Fonagy, 1999, 2000; Bateman & Tyrer, 2004; Beck & Freeman, 1993; Davison, 2002). Embora os problemas de relacionamento em terapia não sejam apenas características exclusivas de clientes do Eixo II, sabe-se que este cliente está mais propenso a não aderir e a não cooperar com a terapia (Linehan, 2010). Com a introdução dos transtornos de personalidade como categorias diagnósticas na década de 80, clientes que apresentavam grande flutuação no relacionamento com o terapeuta passaram a preencher esses critérios.

Segundo o DSM-IV (1994), o indivíduo que apresenta características de transtorno de personalidade tem um padrão duradouro e rígido de experiência interna e comportamento que desvia marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em pelo menos duas das seguintes áreas: a) cognição (formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos); b) afetividade (variedade, intensidade, labilidade da resposta emocional e o quanto ela é apropriada ou não); c) relacionamentos interpessoais; d) controle de impulsos. É interessante notar que todos esses critérios irão aparecer claramente no contexto da relação terapêutica. Por exemplo, no transtorno de personalidade paranóide, o cliente pode se manter em constante vigilância durante a sessão, observando todos os aspectos do consultório, pois tende a interpretar situações como ameaçadoras (critério a), apresentar uma tendência a interpretar pequenos acontecimentos, como uma expressão facial do terapeuta como algo de grande significado e reagir

intensamente a isso (critério b e d); incapacidade de relaxar em sessão diante do terapeuta e possíveis reações de hostilidade que causam problemas de relacionamento (critério c e d), reações estas que podem ser impulsivas e automáticas a uma interpretação de ameaça (critério d).

Nos transtornos de personalidade é possível observar diferentes topografias de comportamentos ocorrendo em sessão na interação com o terapeuta e, muitos deles, com a função de esquivar em estabelecer uma relação de intimidade. Por exemplo, o cliente com diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista pode se distanciar ou desvalorizar a terapia/terapeuta ao considerar que precisa de técnicas especiais, sofisticadas para tratar as dificuldades que apresenta e, na maioria das vezes, o que o terapeuta oferece é muito pouco para a condição especial que ele considera ter (e há uma dificuldade em se colocar no papel de cliente). Beck e Freeman (1993) salientam que é possível prever algumas reações do terapeuta a este tipo de cliente. Os autores apontam que inicialmente, os terapeutas podem experimentar prazer e alegria na presença destes clientes porque há a ocorrência do que eles chamaram de "lisonja narcisista", isto é, elogios que ajudam a desenvolver uma aliança especial com o terapeuta e tornam este tipo de relação "superior" aos demais clientes. Segundo os autores "é muito importante distinguir entre a genuína gratidão do paciente pela assistência do terapeuta e a bajulação manipuladora que faz parte da patologia do paciente" (p.195).

Ao considerar o terapeuta como a figura que o salvará de todos os problemas, o cliente com o transtorno de personalidade histriônico pode facilmente seduzir o terapeuta a ajudá-lo de forma frequente. Usualmente, o terapeuta pode assumir a culpa se o cliente não se comporta de maneira a produzir mudanças positivas, cedendo demais aos pedidos do cliente, o que pode levar o terapeuta a sentimentos de raiva, de ter sido enganado e manipulado (Beck & Freeman, 1993; Kernberg, 1975).

Os clientes *borderlines* podem considerar uma simples discordância do terapeuta como sinalização de rejeição ou abandono e podem apresentar comportamentos que também dificultam a terapia: a) repetir queixas e recusar outros temas para conversar em terapia, b) aumentar a intensidade da queixa, elevando o tom de voz ou insistindo em argumentar que os seus problemas são realmente sérios,

c) desvalorizar o terapeuta, dizendo que este não está ajudando (Leahy, 2001; Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011).

Os dados citados acima corroboram com um estudo empírico realizado por Safran (2002) para identificar possíveis sinalizações de ruptura da aliança emitidas pelo cliente, ou seja, sete comportamentos que são emitidos durante as sessões de terapia. São eles: a) expressar de forma excessiva sentimentos negativos no sentido de atacar diretamente a competência do terapeuta e/ou acusar de ser frio e insensível; b) comunicar de forma indireta sentimentos negativos ou hostilidade sendo sarcástico, por meio de comportamento não-verbal ou comportamento do tipo passivo-agressivo; c) recusar fazer e se engajar nos objetivos e tarefas da terapia; d) evitar intervenções e se comportar de forma evasiva ou mudar de assunto; e) justificar ou se defender na tentativa de aumentar a auto-estima que está enfraquecida; f) responder pouco (falta de responsividade) à intervenção, ou seja, o cliente deixa de responder positivamente ou de fazer uso de uma determinada intervenção terapêutica (Safran, 2002).

Seguindo a descrição dos comportamentos que dificultam a terapia, é conhecido que clientes *borderlines* abandonam a terapia prematuramente (Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011) e que se faz necessário diminuir a frequência de comportamentos que interferem no andamento da terapia. Para que o manejo clínico fosse adequado, Linehan (2010) percebeu que o seu grupo de clientes *borderlines* poderia ser dividido em dois, uma vez que elas apresentavam nas características diferentes: o grupo de clientes "borboletas" e clientes "apegadas". No primeiro grupo, as clientes apresentavam grande dificuldade para se dedicar à terapia, "voando ao redor das mãos do terapeuta" (p. 128). Essas clientes frequentavam a terapia de forma episódica, compromissos terapêuticos eram rompidos e a terapia não parecia ter prioridade. Linehan (2010) observou que com esse tipo de cliente a terapia raramente discutia a interação terapeuta-cliente e, se ocorresse, seria iniciada sempre pelo terapeuta. Outra característica estava no fato de que se este cliente estivesse se relacionando com outra pessoa (pais, cônjuge, parceiro), os telefonemas para o terapeuta teriam como foco alguma crise pessoal e não questões da relação terapêutica. Na presença de um relacionamento alternativo, este cliente poderia faltar

ou encerrar a terapia. O principal comportamento que interfere no andamento do processo terapêutico é a falta de envolvimento com o terapeuta (Linehan, 2010).

O segundo grupo de clientes, as "apegadas", foram descritas por Linehan (2010) como clientes que formam uma relação intensa e imediata com o terapeuta. Como características principais podem ser citadas a 1) ausência de faltas a sessão e, se isto ocorrer, pede para remarcar; 2) sessões mais longas que as usuais são realizadas, muitas vezes foram pedidas; 3) sessões mais frequentes e mais telefonemas para o terapeuta entre as sessões; 4) é raro o abandono da terapia; 5) dificuldades aparecem quando o terapeuta sai de férias e há um medo do término da terapia desde o início; 6) longos históricos de terapia; 7) as dificuldades da relação terapêutica formam um importante foco da terapia. De acordo com esse último item, o terapeuta é, muitas vezes, o principal relacionamento interpessoal desse cliente. Assim, o comportamento que interfere na terapia é a incapacidade do cliente de tolerar terapeutas "imperfeitos", que não consigam satisfazer suas necessidades (Linehan, 2010).

Como observado acima, os clientes com transtornos de personalidade representam o público mais difícil da clínica em vista da natureza crônica dos problemas, da freqüente evitação à psicoterapia, da aparente relutância ou incapacidade de mudar e da forma como estabelecem relacionamentos. Eles geralmente exigem maior trabalho dentro da sessão, maior tempo de terapia, maior exigência das habilidades e também maior gasto de energia do terapeuta do que a maioria dos demais clientes (Beck & Freeman, 1993). Diante deste desgaste, pode haver um menor benefício terapêutico, maior dificuldade na adesão ao tratamento e reduzidas taxas de mudança e satisfação, tanto para o terapeuta quanto para o cliente, em relação a outros clientes (Beck & Freeman, 1993; Linehan, 2010; Shearin & Linehan, 1989). Por isso se faz necessário ajustar alguns pontos de terapia para esta população, tais como a duração do tratamento, a freqüência das sessões, os objetivos e expectativas do terapeuta e do cliente e as técnicas e estratégias disponíveis (Beck & Freeman, 1993).

Frente a esta demanda, uma nova pergunta se mostrou relevante: será que a modelagem de comportamentos em sessão traz resultados satisfatórios e superiores com esse tipo de cliente quando comparada a outros tipos de intervenção?

No final da década de 80, Kohlenberg e Tsai iniciaram uma tentativa de explicar porque alguns clientes que participavam da terapia cognitiva padrão apresentavam mudanças significativas em suas vidas, muitas vezes não esperadas para aquele momento de terapia ou muito além do esperado para o tratamento (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, & Callaghan, 2009). Os autores notaram que nas sessões de terapia com esses clientes a relação terapeuta-cliente era particularmente intensa, envolvente e ocorria naturalmente. Algumas questões começaram a surgir sobre o que acontecia em sessão e os autores se lançaram a investigação: tendo o behaviorismo radical como pressuposto filosófico, como explicar o que ocorre no processo psicoterapêutico entre o terapeuta e o cliente? O que há de especial? O que o terapeuta faz em sessão que ajuda o cliente com os problemas que ocorrem fora da sessão?

A interação terapeuta-cliente como instrumento de mudança comportamental

Na tentativa de responder às questões acima, tornou-se necessário examinar a literatura sobre a interação entre terapeuta e cliente. Notou-se que as variáveis desta interação eram difíceis de serem definidas e operacionalizadas, além de remeterem às terapias psicanalíticas.

Com o desenvolvimento das terapias comportamentais, a interação entre terapeuta e cliente passou a ser vista como uma das variáveis que participavam ativamente da mudança clínica do cliente (Wilson & Evans, 1977), embora pouco se tinha feito para integrar o conhecimento produzido pela pesquisa experimental à compreensão dos processos de mudança envolvidos na relação terapêutica e para investigar como ela por si só interferiria na melhora do cliente (Emmelkamp, 1986).

Nesta trajetória, alguns pesquisadores notaram a utilidade de determinados aspectos desta interação associados à mudança, como, por exemplo, a natureza interpessoal da terapia e o reforçamento social presente na interação terapeuta-cliente (Wilson & Evans, 1977). Goldfried e Davison (1976) também mostraram que o comportamento que ocorria em sessão poderia ser útil no processo da terapia e que a

relação terapeuta-cliente era central para compreender o fenômeno da resistência⁷ (Goldfried, 1982). Assim, havia apenas o reconhecimento que alguns aspectos da relação terapêutica eram importantes, tais como a ocorrência de comportamento-problema na interação com o terapeuta e o papel desta ocorrência para o tratamento, mas pouco crédito era dado à força dessas variáveis no processo de mudança.

Em 1984, Sweet fez uma revisão da literatura sobre a relação terapêutica e constatou que nenhum dos estudos revisados mencionou a importância da ocorrência do comportamento-problema do cliente em sessão, mesmo quando esses comportamentos atraíram a atenção do terapeuta. Esses estudos não consideravam a observação e mensuração dos comportamentos clinicamente relevantes.

Também foi constatado que, apesar das mudanças terapêuticas ocorrerem pelo uso de técnicas comportamentais específicas, a interação terapêutica era uma fonte importante de resultados clínicos, além de oferecer uma moldura na qual as técnicas poderiam ser aplicadas (Follette, Naugle, Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991; Rosenfarb, 1992).

Assim, com o progresso desta área de pesquisa, diversos autores confirmaram que uma boa relação terapêutica estabelecida com o cliente é um dos fatores importantes para a realização das mudanças comportamentais, uma vez que é uma facilitadora para a introdução tanto da análise de contingências como de outros procedimentos a fim de atingir os objetivos da terapia e instância de mudança comportamental (Follette, Naugle, Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991; Meyer & Vermes, 2001).

Diante da necessidade de compreender a relação terapêutica e o mecanismo de mudança clínica, Kohlenberg e Tsai (1991/2001) desenvolveram a Psicoterapia Analítica Funcional (do inglês *Functional Analytic Psychotherapy-FAP*), uma releitura desta relação na perspectiva analítico-comportamental (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009).

⁷ a resistência, para este autor, é um fenômeno ambíguo porque além de interferir com o andamento da terapia, oferece ao terapeuta uma primeira amostra do comportamento problema do cliente.

A Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* - FAP)

Nesta seção será apresentada de forma resumida os princípios teóricos e premissas da FAP, uma vez que todas as informações aqui contidas estão detalhadamente explicadas nos dois livros sobre a FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991 e Tsai, et al., 2009).

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma forma de terapia derivada de uma análise funcional skinneriana do ambiente típico de terapia e os pressupostos filosóficos se encontram no decorrer das obras de B. F. Skinner (por exemplo, 1953).

A FAP parte da premissa de que os indivíduos agem do jeito que agem devido às contingências de reforçamento às quais foram expostos nos relacionamentos passados e, de um modo geral, na sua cultura (Kohlenberg & Tsai, 1991). Na base dessa teoria, as melhoras clínicas ou as mudanças psicoterapêuticas também envolvem as contingências de reforçamento que ocorrem no relacionamento entre o cliente e o terapeuta. Assim, os suportes teóricos que envolvem a FAP são: a) o reforçamento, b) a especificação dos comportamentos clinicamente relevantes e c) a generalização.

Com relação ao primeiro item, um aspecto muito bem conhecido do reforçamento é que quanto mais perto em tempo e lugar o comportamento estiver de suas consequências, melhor o efeito dessas consequências (Ferster, 1967; Skinner, 1953). Os efeitos dos tratamentos serão mais poderosos, então, se os comportamentos-problema e os comportamentos de melhora do cliente ocorrerem durante a sessão, pois eles estariam perto no tempo e no local do reforçador disponível. Desse ponto de vista, a mudança terapêutica resultaria das contingências interpessoais de reforçamento que ocorrem durante a sessão de terapia, no contexto da relação cliente-terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Kohlenberg e Tsai (1991) classificaram os comportamentos que ocorrem na sessão de terapia e no contexto da relação terapêutica como comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) e são de três tipos. O primeiro tipo corresponde às instâncias de comportamentos-problema (CCR1), o segundo às instâncias de comportamentos de melhora (CCR2) e o terceiro às análises funcionais realizadas pelo

cliente (CCR3). Assim, a especificação dos comportamentos clinicamente relevantes é importante porque permite a observação e a definição comportamental dos CCRs. A observação é um pré-requisito necessário para a definição comportamental dos CCRs, uma vez que a partir da observação da ocorrência do comportamento, torna-se viável a sua especificação, contagem e operacionalização (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Com relação à generalização, os ambientes são comparados com base no comportamento que eles evocam. Se eles evocarem o mesmo comportamento, então são funcionalmente similares. Portanto, o indivíduo pode responder de maneira semelhante em diferentes contextos se eles forem funcionalmente semelhantes e assim, a generalização ocorrerá quando as melhoras do cliente ocorridas em sessão passarem a ocorrer no seu cotidiano (Kohlenberg & Tsai, 1991; Follette, Naugle, Callaghan, 1996).

As melhoras clínicas dependem de três fatores interligados (Kohlenberg & Tsai, 1991; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996). São eles:

1. Os comportamentos-problema do cliente ocorrerão durante a sessão, na relação com o terapeuta, uma vez que este contexto pode evocar comportamentos interpessoais problemáticos.
2. O terapeuta precisa estar atento (notar e observar) a ocorrência dos CCRs1 e CCRs2. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991), o “simples” notar a ocorrência de CCRs pelo terapeuta pode trazer benefícios terapêuticos, uma vez que o processo de notar é um precursor do reforçamento natural das melhoras clínicas, os CCRs2. Ou seja, se o terapeuta conseguir notar uma pequena melhora, poderá responder imediatamente a ela.
3. O terapeuta encorajando e respondendo aos CCRs2 de forma adequada pode fortalecer as mudanças positivas. Desta forma, para aproveitar as oportunidades de promover mudanças em sessão, o terapeuta precisa diferenciar os CCRs1 e CCRs2, podendo assim, reforçar qualquer instância de melhora.

Assim, a FAP enfoca os comportamentos clinicamente relevantes (CCR) do cliente, isto é, as instâncias funcionais dos comportamentos-problema (CCR1) e dos comportamentos alternativos de melhora (CCR2) que ocorrem no contexto da relação

terapêutica. Quando o comportamento clinicamente relevante ocorre em sessão, o terapeuta FAP tenta modelar o comportamento do cliente usando as contingências imediatas e naturais (Ferster, 1967), aumentando os CCR2s (que devem ser seguidos de repostas reforçadoras do terapeuta) e diminuindo os CCR1s (seguidos de respostas de punição, extinção, bloqueio de esquiva, reforços diferenciais). Seguindo esse raciocínio, os CCR1s apareceriam em alta frequência no início da terapia e deveriam diminuir de frequência ao longo do processo. Os CCR2s seriam os comportamentos que deveriam aumentar de frequência e intensidade ao longo da terapia. A terceira classe de comportamentos clinicamente relevantes, os CCR3s, também aparecem no decorrer das sessões de terapia e compreendem as descrições que o cliente faz a respeito das relações funcionais entre as variáveis controladoras de seu comportamento.

Os métodos terapêuticos para que o terapeuta possa modelar os comportamentos do cliente em sessão foram agrupados em cinco regras (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009)

1. Observar a ocorrência dos CCRs: esta regra é considerada o "coração" da FAP. Quanto mais perspicaz for o terapeuta em identificar a ocorrência dos CCRs, melhor os resultados da terapia, uma vez que o terapeuta pode reagir naturalmente a eles. O terapeuta, ao seguir a Regra 1, pode naturalmente reforçar, punir, extinguir os comportamentos do cliente de uma maneira a criar novas condições para que comportamentos de melhora aumentem de frequência. Vale ressaltar que esta regra sozinha não promove resultados positivos, é apenas um dos pré-requisitos necessários no processo de mudança.
2. Evocar CCRs: a condição de terapia ideal seria que esta evocasse CCRs1 e facilitasse o desenvolvimento dos CCRs2. Ao seguir esta regra, o terapeuta pode pedir, , ou seja, emitir mandos e assim pode diretamente evocar CCRs.
3. Reforçar CCRs: considerando o uso de reforçamento natural, esta regra consiste no responder contingente ao comportamento clinicamente relevante do cliente, assim que este ocorrer em sessão na relação com o terapeuta.

4. Avaliar o efeito do responder do terapeuta sobre o cliente: quando o terapeuta pergunta sobre o efeito da interação *in vivo* sobre o comportamento do cliente, , avalia e observa os efeitos das consequências do seu comportamento sobre os CCRs.
5. Interpretar o comportamento do cliente: o terapeuta fornece análises acerca das variáveis de controle do comportamento do cliente.

Uma vez evidenciadas as premissas da FAP, estudos que apontam evidências empíricas que a embasam são apresentados a seguir.

Evidências empíricas que embasam a Psicoterapia Analítica Funcional

Como discutido anteriormente, a literatura sobre psicoterapia já mostrava que a relação entre o terapeuta e o cliente era um instrumento capaz de produzir mudanças e algumas abordagens da psicologia lançavam explicações acerca de tal fenômeno. A FAP surgiu propondo uma releitura desta relação na perspectiva analítico-comportamental, tendo como principal foco as variáveis da relação terapêutica como instrumentos de mudança comportamental (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009).

De início foram realizadas observações clínicas sistemáticas das intervenções do terapeuta e seus efeitos e, tendo como base os princípios e conceitos comportamentais, explicações acerca destes efeitos foram construídas. Em um segundo momento, os conceitos comportamentais foram aplicados, associados com a teoria e os achados de laboratório, para informar, modelar e refinar essas intervenções (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009).

Muitos relatos do uso bem sucedido da FAP para os mais variados tipos de casos clínicos foram realizados após a publicação de Kohlenberg e Tsai em 1991. Uma revisão da literatura (Ferro, 2008)⁸ aponta estudos com ansiedade (Kohlenberg & Tsai, 1995a; López, Ferro & Calvillo, 2002), transtorno obsessivo compulsivo (Kohlenberg & Vanderberghe, 2007; Mendes & Vanderberghe, 2009; Vanderberghe, 2007), ciúmes (Carrascoso, 2003), depressão (Ferro, Valero & Vives, 2006; Gaynor & Lawrence, 2002;

⁸ Não é objetivo da presente seção esmiuçar os estudos citados, porque o aspecto relevante deste capítulo são as pesquisas de base experimental realizadas com a FAP.

Kanter, Landes, et al., 2006; Kanter, et al., 2009; Kohlenberg, Kanter, et al., 2002; Kohlenberg & Tsai, 1994a; López Bermudez, Ferro & Valero, 2010) e pessoas com esquivas de relacionamentos de intimidade (Cordova & Koerner, 1993). A FAP também foi usada de maneira bem sucedida por clientes com transtornos de personalidade (Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991), especificamente com o transtorno de personalidade *borderline* (Sousa, 2004), para terapia de casal (Kohlenberg & Tsai, 1995a; Rabin, Tsai & Kohlenberg, 1996), com clientes com problemas sexuais (Oliveira & Vandenberghe, 2005; Vandenberghe et al., 2010) e exibicionismo (Paul, Marx & Orsillo, 1999). Outras aplicações relatadas foram com indivíduos abusados sexualmente que estavam sofrendo com o transtorno de estresse pós-traumático (Kohlenberg & Tsai, 1998). Também é possível citar trabalhos com dor crônica (Vandenberghe & Ferro, 2005; Vandenberghe, Ferro & Furtado, 2003) e fibromialgia (Queiroz & Vandenberghe, 2006); além de estudos sobre a vergonha (Koerner et al., no prelo), luto (Tsai et al., 2010), sintomas psicóticos (Baruch et al., 2009) e sofrimento no relacionamento amoroso (Manos et al., 2009).

Dentre os estudos acima, a FAP também foi utilizada em conjunto com outras formas de terapia. Por exemplo, no estudo de Gaynor e Lawrence (2002), a terapia cognitiva de Beck foi comparada com a terapia baseada nos princípios da FAP em adolescentes com depressão (FECT, *FAP- Enhanced Cognitive Therapy*). Um grupo de dez adolescentes foi dividido em dois grupos, de acordo com a severidade da depressão (por exemplo, tentativas de suicídio, uso de medicação etc.). Os autores usaram um protocolo contendo 16 sessões durante um período de oito meses, seguido por seis meses de follow-up. As sessões tinham duração de duas horas: na primeira hora as técnicas da terapia cognitiva foram utilizadas e na segunda hora, as intervenções FAP foram introduzidas. As mudanças eram semanalmente medidas por vários questionários e registros de auto-observação. Os resultados mostraram mudanças significativas nos problemas relacionados à depressão em todos os participantes e foram mantidas ao longo do período de follow-up.

No estudo de Manos et al. (2009), a FAP foi usada em conjunto com a Ativação Comportamental (*Behavioral Activation*) em um caso de problemas de relacionamento

amoroso. Esta junção foi chamada de FEBA (FAP-Enhanced Behavioral Activation). Há também trabalhos mostrando a utilização da FAP com a ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso; do inglês *Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes, 2004), terapia nomeada de *Functional-analytic acceptance and commitment therapy*, FACT. Neste caso, os trabalhos de Callaghan et al. (2004) e Paul et al. (1999) se destacam.

Algumas investigações acerca da supervisão e aprimoramento de habilidades terapêuticas foram conduzidas com o objetivo de melhorar a atuação do terapeuta. Escalas foram criadas para avaliar as habilidades, como por exemplo, a Escala de estratégias do terapeuta em sessão (do inglês, *Therapist In-session Strategy Scale - THISS*), para ser usada na avaliação da competência e aderência à terapia. Este instrumento se mostrou confiável e útil nos programas de treinamentos de terapeuta (Kohlenberg et al., 1999).

Callaghan (2006) também desenvolveu um programa de avaliação para os comportamentos do terapeuta chamado Avaliação funcional de habilidades interpessoais para terapeutas (do inglês, *Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists*, FASIT) que tem como objetivo melhorar as habilidades terapêuticas pela avaliação das dificuldades que o terapeuta poderá encontrar em sessão. Este instrumento apresenta definições e exemplos dos problemas interpessoais do terapeuta que podem aparecer em sessão e que foram divididos em cinco classes de respostas: a) afirmação das necessidades; b) comunicação bi-direcional; c) resolução de conflito; d) habilidades de autorrevelação para promover proximidade interpessoal e, d) dificuldades em expressar emoções. Os estudos de Callaghan, et al.(2004) de Kohlenberg, et al. (2002) constataram a utilidade desse sistema.

Com relação à supervisão e treino de terapeutas, dois estudos brasileiros se destacam. O primeiro, de Vandenberghe, Souza e Oliveira (2005), utilizou estratégias da FAP para fortalecer o tratamento de dois clientes com transtorno de personalidade *borderline*. Participaram deste estudo seis terapeutas e cada um foi entrevistado quatro vezes por um período de seis meses. As supervisões eram focadas na análise de sentimentos que as sessões de terapia evocavam. Assim, foi constatado que a terapia com este tipo de cliente é uma experiência dolorosa para o terapeuta, além de

concluir que a supervisão aumentou a habilidade dos terapeutas para identificar os sentimentos, relacioná-los à ocorrência dos CCRs e planejar novas estratégias de intervenção.

O segundo estudo, de Silveira et al. (2009), investigou o efeito do treino de um terapeuta submetido à supervisões FAP sobre a identificação dos CCRs do cliente atendido. As supervisões FAP são aquelas nas quais o supervisor modela *in vivo* a ocorrência de comportamentos interpessoais relevantes para o processo terapêutico. Para esta investigação, o estudo contou com um delineamento A/B onde A correspondeu a linha de base na qual o terapeuta recebeu supervisão convencional e leu textos sobre assertividade e, na fase B, as supervisões FAP foram introduzidas, juntamente com o preenchimento do FIAT (Callaghan, 2006), leituras de textos sobre a FAP e esclarecimentos acerca dos CCRs do cliente. Os resultados apontaram para um aumento de reconhecimento dos CCRs² e de verbalizações de autoconhecimento pelo terapeuta após a introdução da supervisão FAP. As indicações dos CCRs¹ decresceram ao longo das sessões. De acordo com os autores, a FAP refinou a percepção do terapeuta para dimensões do comportamento do cliente, o que pode auxiliar a modelagem direta em sessão, mecanismo envolvido na mudança clínica.

Além de estudos que mostram resultados satisfatórios da FAP, estudos preocupados em demonstrar o mecanismo de mudança nela envolvido vêm ganhando força na comunidade científica. Avanços no desenvolvimento de métodos de avaliação e coleta de dados ocorreram devido à necessidade de evidenciar, de forma mais precisa, os aspectos da relação terapeuta-cliente. Por exemplo, a escala de experiência do *self* (do inglês, *Experience of Self Scale*, EOSS de Parker, Beitz, & Kohlenberg, 1996) foi criada para investigar a hipótese levantada por Kohlenberg e Tsai (1991) sobre a formação do *self*: as pessoas diferem no grau de controle de estímulos privados versus estímulos públicos e esta escala poderia ajudar a prever e a identificar diferenças entre a população clínica, uma vez que, dependendo do grau de controle de estímulos, intervenções podem ser melhor direcionadas.

No estudo de Kanter, Parker e Kohlenberg (2001), uma comparação entre a EOSS, a Escala de auto-estima (*Self-Esteem Scale*, SES) e a Escala de experiências dissociativas (*Dissociative Experiences Scale*, DES) abrangeu 284 estudantes e um

grupo com 14 clientes com transtorno de personalidade *borderline*. Os resultados indicaram que as pessoas com o transtorno apresentam um controle excessivo de estímulos públicos quando se referem a experiência do *self*. Uma das críticas a essas escalas se configura com a impossibilidade de medir diretamente, por exemplo, o controle público, é uma inferência teórica feita através de medidas de autorrelato.

Com relação à análise de CCRs de acordo com os diferentes tipos de conceituação de caso, a Avaliação funcional idiográfica (*Functional Idiographic Assessment Template*, FIAT; Callaghan, 2006c) foi criada para avaliar, em uma abordagem idiográfica, os tipos de funcionamento interpessoal que podem ser problemáticos durante a sessão. As categorias nas quais o FIAT está baseado são semelhantes às categorias do FASIT (apresentadas acima), e se referem ao cliente. O estudo de Callaghan, Summers e Weidman (2003) indicou a utilidade desse sistema na montagem da conceituação do caso.

Os estudos supracitados apontam para a modelagem do comportamento do cliente em sessão como o principal processo envolvido na FAP. Quais são as evidências empíricas que sustentam esta afirmação? É possível observar que esses estudos eram descritivos e, atualmente, estudos mais refinados com categorização da interação terapeuta-cliente e com manipulação de variável independente estão surgindo para evidenciar, de maneira clara, o processo de mudança clínica.

Por exemplo, pesquisas recentes investigaram o efeito da modelagem de respostas do cliente em sessão realizada pelo terapeuta durante a FAP. Callaghan, Summers e Weidman (2003) aplicaram a Escala da psicoterapia analítica funcional (*Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS*) a quatro segmentos de terapia selecionados de um caso bem sucedido de um cliente com características de transtorno de personalidade histriônica e narcisista. Os resultados demonstraram que os juízes (alunos que categorizaram as sessões usando o FAPRS) identificaram os comportamentos clinicamente relevantes bem como as respostas de modelagem do terapeuta e os comportamentos de melhora do cliente durante o curso da terapia. Os autores (Callaghan et al., 2003) também demonstraram a viabilidade do uso da escala FAPRS mostrando resultados consistentes à teoria da FAP. Entretanto, esse estudo apresentou algumas limitações apontadas pelos autores, tais como: os juízes foram os

terapeuta e supervisor do caso, amostra pequena da interação terapeuta-cliente que foram analisadas, falta de linha de base.

No estudo de Kanter et al. (2006), os autores demonstraram os efeitos da modelagem em sessão durante a FAP com clientes com transtorno de personalidade, no delineamento A/A+B, onde A era a linha de base em terapia cognitiva de Beck e A+B consistia na terapia cognitiva + técnicas da FAP (ou seja, foco na relação terapêutica e modelagem em sessão). A mudança das fases foi determinada pela estabilidade das variáveis dependentes, definidas de acordo com cada cliente. Durante as fases os comportamentos-alvo eram acessados pelos cartões diários preenchidos pelo cliente, que continham os comportamentos-alvo e instruções de auto-monitoramento. Dos dois casos atendidos, um foi bem sucedido. Neste caso, a frequência semanal dos comportamentos-alvo diminuiu significativamente depois da introdução da FAP e permaneceu baixa até o término da terapia. Apesar desse estudo não identificar padrões de interação em sessão (CCRs e respostas do terapeuta modelando os CCRs), comportamentos interpessoais que ocorriam fora da sessão de terapia foram identificados e modificados pelas técnicas da FAP.

Em busca de esclarecer algumas limitações dos estudos citados acima, Busch et al. (2008) categorizou cada verbalização do terapeuta e cliente das 20 sessões de psicoterapia do caso bem sucedido do estudo de Kanter, et al. (2006). As hipóteses que conduziram o estudo foram: a) com relação ao comportamento do cliente, haverá a diminuição da frequência dos CCRs1 e o aumento das frequências dos CCRs2 depois da introdução da FAP; b) com relação ao comportamento do terapeuta, o foco na relação terapêutica e as respostas de modelagem direta será maior nas sessões FAP do que nas sessões de Terapia Cognitiva e, c) com relação a interação terapeuta-cliente, a análise de sequência demonstrará que o comportamento do terapeuta que se seguiu após a emissão do comportamento do cliente foi mais efetivo nas sessões FAP. Os autores apontaram que, após a mudança de fase para a FAP, as melhoras ocorridas em sessão ocorreram com maior frequência e, ao analisar o comportamento do terapeuta, ficou evidente a modelagem efetiva em sessão. Esses resultados fortalecem o mecanismo de mudança envolvido na FAP e aponta para as vantagens de se categorizar cada verbalização (análise molecular) para explorar estes mecanismos.

Embora exista evidência de que o responder contingente do terapeuta aos CCRs é o principal mecanismo de mudança clínica, pesquisas com maior controle experimental são necessárias e há uma escassez de pesquisas desse tipo. Assim, na seção seguinte, alguns aspectos sobre delineamento experimental são discutidos na tentativa de propor um delineamento coerente para estudar tal fenômeno.

Delineamento experimental

Pesquisas em psicologia clínica trazem vários desafios para os pesquisadores e frente a esse cenário muito se tem discutido sobre as questões metodológicas e possíveis estratégias clínicas envolvidas no desenvolvimento destas pesquisas. Embora a psicologia clínica englobe características padrão da pesquisa científica (definir o problema de pesquisa, gerar hipóteses, delinear a investigação, coletar e analisar os dados), esses passos básicos podem se tornar desafiadores uma vez que há uma diversidade de tópicos, amostras e contexto no qual a pesquisa será conduzida, o que pode prejudicar a descoberta de relações causais entre variáveis (Kazdin, 1982; 1992).

A análise do comportamento envolve a pesquisa básica e a pesquisa aplicada, o programa de pesquisa básica tem como objetivo produzir conhecimento acerca das leis gerais que descrevem as relações funcionais entre o comportamento e o ambiente (conclusões retiradas de situações de laboratório, na qual há um controle experimental rigoroso das variáveis) e, na pesquisa aplicada, o foco está na transposição e adaptação de leis para condições específicas ao ser humano. Partindo dessa definição, a clínica apresenta algumas limitações no estudo e na demonstração dos efeitos de determinadas variáveis sobre o comportamento, uma vez que o rigor metodológico pode estar comprometido. Assim, uma pergunta permeia as pesquisas clínicas: como estudar fenômenos clínicos com controle experimental e sem tornar o ambiente artificial?

No processo de discutir esses pontos torna-se relevante destacar dois tipos de pesquisa: a pesquisa experimental e a não experimental. A primeira implica na manipulação da variável independente, permitindo ao pesquisador avaliar de forma consistente os efeitos da variável independente sobre a variável dependente e, em

contrapartida, na segunda, há a ausência de manipulação da variável independente (Poling, Method & Lê Sage, 1995; Sidman, 1960).

Dois principais tipos de delineamentos experimentais são os de sujeito único (ou intra-sujeito) e os delineamentos entre-grupos (ou entre-sujeitos). A grande diferença entre eles está na manipulação da variável independente (VI). Nos delineamentos entre-grupos os efeitos de uma condição experimental são avaliados pela comparação entre diferentes grupos de participantes, submetidos, cada um dos grupos, a diferentes condições. Cada participante é exposto a apenas uma das condições do experimento e por um mesmo período de tempo. As medidas de interesse costumam ser tomadas poucas vezes para cada sujeito e, de modo geral, envolvem o agrupamento dos dados relativos aos sujeitos que compõem cada grupo (por exemplo, pela obtenção de médias, desvios padrão, ou porcentagens de sujeitos que atingem certo critério). A comparação entre os resultados dos grupos muitas vezes envolve o uso de instrumentos da estatística inferencial, como testes para avaliar a fidedignidade estatística dos dados e se as diferenças encontradas entre os grupos são significativas (Johnston & Pennypacker, 1993, 1993b; Kerlinger, 1973; Kidder, 1987).

Cálculos que se baseiam em médias não representam corretamente o desempenho individual, pois raramente uma pessoa se comporta como a média sugere. Segundo Sampaio et al. (2008) a média não é uma medida interessante para o analista do comportamento porque ela soma dois tipos de resultados: a) o desempenho individual e, b) as diferenças entre os desempenhos de dois ou mais organismos. Outra dificuldade deste delineamento está no seu caráter nomotético, o que impede o estudo dos processos de mudança em psicoterapia. Entretanto, seleção randômica dos participantes é ponto fundamental, visto que é ela o que garante a possibilidade de generalização dos resultados (Sidman, 1960). Na seleção randômica, todos os membros de uma população têm uma chance igual e independente de serem selecionados, o que garante que a amostra criada seja representativa da população e os resultados obtidos com ela possam ser generalizados para a população de onde a amostra foi retirada (Kazdin, 1999; Sidman, 1960).

Tradicionalmente na análise do comportamento, o delineamento de sujeito único foi utilizado e defendido por muitos pesquisadores (Estes & Skinner, 1941;

Ferster & Skinner, 1957; Hersen & Barlow, 1976; Kazdin, 1982; Matos, 1990; Sidman, 1960) porque considera o estudo e análise do comportamento de cada organismo individualmente, onde as singularidades de história de vida e outras relativas a cada diferente contexto que se apresenta são respeitadas (Sidman, 1960). Embora este tipo de delineamento tenha recebido vários nomes (por exemplo, delineamento de sujeito único, delineamento de caso único, N=1, estudo de caso, timeséries, sujeito com o seu próprio controle), a principal premissa está no fato de que o participante é o seu próprio controle, ou seja, medidas repetidas ao longo do tempo são tomadas do mesmo participante.

Neste delineamento de proposta idiográfica torna-se viável a possibilidade de se estudar o processo terapêutico. Uma vez que todas as investigações de caso único consideram a variação intra-sujeito, a relevância de tal variação precisa ser considerada. Poucos discordariam que esta variação é relevante para investigação do processo de psicoterapia. Kiesler (1981) e Greenberg (1986), entre outros pesquisadores, têm argumentado que se pretendemos descobrir quais são os aspectos de uma determinada modalidade psicoterapêutica que realmente resulta em mudança terapêutica, devemos quebrar o resultado global em uma série de mudanças menores interrelacionadas e tentar descobrir como as intervenções do terapeuta e as respostas do paciente (ou seja, o processo terapêutico em si) contribuíram para ou explicaram as mudanças menores. Assim, nesta abordagem, o foco está no processo de mudança e, como aponta Greenberg (1986), é preciso identificar, descrever, explicar e prever os efeitos dos processos que trazem mudanças terapêuticas ao longo de todo o curso da terapia. Nesta perspectiva, a variabilidade intra-sujeito é o centro de investigação em psicoterapia.

Vale ressaltar que o estudo intensivo do indivíduo contribuiu para a pesquisa e prática clínica uma vez que ofereceu uma fonte rica de hipóteses acerca do comportamento, além de servir de local para se desenvolver e aplicar as intervenções (Kazdin, 1982). Entretanto, apesar do valor heurístico do estudo de caso, ele é considerado como inadequado como base sólida para inferências científicas válidas. É difícil afirmar qual é a relação entre as variáveis independentes e dependentes devido a ambiguidade dos fatores responsáveis pelo desempenho do sujeito. Por exemplo, o

tratamento para um caso em particular pode estar associado a uma mudança terapêutica. Contudo, as variáveis responsáveis pela mudança não podem ser determinadas em um estudo de caso não controlado (Kazdin, 1999; Sidman, 1960). O máximo a ser feito é levantar hipóteses acerca de determinadas correlações e questionar as ameaças a validade interna do estudo de caso em questão. Campbell e Stanley (1963) definiram ameaças a validade interna como classes de variáveis que podem produzir efeitos outros que não os efeitos do tratamento, entre elas: história, maturação, teste, instrumentação, regressão estatística, seleção do participante, mortalidade. Embora estudos descritivos passivo-observacionais (Cook & Campbell, 1979) do tipo B (estudo de caso simples, com análise qualitativa de dados feita por observações de algumas variáveis) ou A-B (estudos no qual há uma medida de linha de base e uma intervenção e permite uma correlação entre variáveis) tenham assumido o papel principal para se estudar os fenômenos clínicos, o desenvolvimento da pesquisa clínica vem exigindo pesquisas com delineamentos experimentais.

Assim, neste tipo de delineamento, o experimental de caso único, é possível observar uma relação direta de causa e efeito entre as variáveis independentes e dependentes. Essas pesquisas são caracterizadas pela tomada de medidas repetidas de uma variável quantitativa sobre um único sujeito (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Matos, 1990). De acordo com Hersen e Barlow (1976), uma tentativa de diminuir a distância entre a pesquisa e a prática clínica está no emprego deste tipo de delineamento (delineamento experimental do sujeito único) porque permite investigar experimentalmente um único caso. Entretanto, este delineamento impõe condições especiais (por exemplo, a retirada ou retenção de tratamentos em diferentes pontos do delineamento) que pode não ser praticável em todas as situações clínicas (Kazdin, 1999). Barlow (1981) também salientou que este delineamento poderia ter sido mais utilizado na prática clínica e na produção de pesquisa e, talvez, as dificuldades éticas, metodológicas e práticas do contexto terapêutico o impediram (Kazdin & Wilson, 1978).

Assim, em uma tentativa de se investigar os efeitos de intervenções FAP sobre categorias dos clientes que dificultavam o andamento da terapia, o presente estudo optou pelo delineamento experimental de caso único, de retirada. De acordo com

Kazdin (1982), este delineamento se mostra adequado para se estudar os fenômenos clínicos porque tenta avaliar a generalização dos efeitos das VIs ao longo do tempo, ou seja, a condição experimental não é retirada totalmente de modo abrupto. O objetivo principal não é demonstrar o efeito inicial de uma condição experimental, mas verificar se ele se mantém em condições diferentes (Sampaio et al., 2008).

Este tipo de arranjo permite a demonstração mais poderosa do controle experimental por requerer a introdução e retirada repetida das estratégias de intervenção, além de permitir uma medida de linha de base. Também permite um arranjo que possibilita a replicação direta do efeito, ou seja, é possível delinear o experimento de forma que a última condição replique a primeira com o mesmo participante e com as mesmas categorias, ou seja, demonstração poderosa de causalidade (fortalece a validade interna). Permite também o término da pesquisa sob condições de intervenção (B e C) (Sidman, 1960; Tanwey & Gast, 1984).

Justificativa e objetivos

A pesquisadora do presente trabalho também observou clientes que na sua prática clínica apresentavam dificuldades no estabelecimento de vínculo. Constatou que alguns clientes apresentavam um diagnóstico prévio de transtorno de personalidade e outros, receberam este parecer de psiquiatras ao longo da terapia. Comportamentos comuns a esses clientes foram identificados e se tornaram as categorias pré-definidas deste estudo. A verborragia, a fala superficial, a falta de correspondência com a fala da terapeuta e as agressões verbais (detalhes no Método) apareciam em alta frequência nas sessões de terapia e prejudicavam o andamento do processo, uma vez que era difícil estabelecer um relacionamento interpessoal mais profundo; a terapeuta não se constituía como uma audiência para eles.

Por serem categorias verbais a escolha por este tipo de comportamento clinicamente relevante fez grande diferença na presente pesquisa porque, de certa maneira, elas são a forma como a pessoa conversa, ou seja, são categorias amplas que incluem a maior parte do que o cliente faz em sessão. Pode-se inferir que, a forma e o conteúdo do relato está intimamente ligado a maneira de interação com o outro.

Então, era evidente que esses clientes traziam questões da relação terapêutica e assim, eram casos que exigiam "trabalhar a relação terapêutica", um possível indicador diagnóstico de caso difícil.

Uma das limitações dos estudos prévios sobre a FAP é que eles geralmente são pesquisas de resultado e não descrevem quais são as variáveis específicas do processo terapêutico que facilitam e/ou ocasionam a mudança, não evidenciando os mecanismos de mudança clínica envolvidos. Há uma escassez de estudos com delineamento experimental que possam apontar, de maneira forte e precisa, os efeitos do responder contingente do terapeuta como sendo o principal elemento de uma sessão FAP (Callaghan et al., 2003; Kanter et al., 2006). No estudo de Kanter et al. (2006), um dos casos do estudo abandonou a terapia e, como justificativa, os autores apontaram a dificuldade que o cliente tinha de se autorrevelar para a esposa e para o terapeuta. Assim, os paralelos que eram feitos pelo terapeuta entre o que ocorria com a esposa e com ele em sessão foram intervenções possivelmente aversivas para este cliente. Na verdade, esta pode ser uma hipótese que justifica o abandono, mas este estudo levantou várias questões metodológicas que deveriam ser discutidas. Por exemplo, o delineamento foi do tipo A-B, no qual a passagem do tempo não foi controlada, uma avaliação funcional não foi devidamente realizada para definir com precisão os CCRs, e o acompanhamento dos comportamentos de melhora foi feito por autorrelato do cliente. Assim, portas foram abertas por este estudo para que outras decisões metodológicas surgissem para avaliar o mecanismo de mudança clínica.

Portanto, uma das hipóteses norteadoras desta pesquisa parte do pressuposto que para alguns clientes, geralmente os que tem grandes dificuldades de relacionamento interpessoal, alguns procedimentos são eficazes e outros não: provavelmente a análise de consequências e a orientação para a ação não produzem resultados tão satisfatórios; as tarefas de casa e as informações dadas podem não validar sentimentos; a empatia tem efeito limitado e não promove mudanças e a FAP pode trazer grandes avanços. Além disso, no que diz respeito às hipóteses sobre a FAP, parte-se do pressuposto que: a) o comportamento do cliente em sessão irá melhorar, ou seja, os CCR1s irão diminuir e os CCR2s irão aumentar depois da introdução das técnicas da FAP; b) nas sessões onde a FAP é introduzida, espera-se que a terapeuta

ênfatize a interação o responder contingente aos CCRs em maior frequência do que nas fases onde a FAP é retirada; c) ao se analisar as sequências entre o responder do terapeuta e do cliente, é provável que o terapeuta seja mais efetivo durante as fases FAP.

Visando investigar melhor os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) com clientes que apresentam problemas interpessoais, este trabalho tem por objetivo geral verificar os efeitos dos procedimentos baseados na FAP sobre categorias de comportamentos de cliente que dificultam o andamento da terapia.

Assim, a seguinte pergunta foi levantada: a verborragia, a falta de correspondência com a fala da terapeuta, a fala superficial, as agressões verbais, (categorias de comportamentos de cliente que dificultam o andamento da terapia) têm probabilidades diferentes de ocorrência após a introdução e a retirada da FAP?

MÉTODO

Participantes

Clientes

Participaram deste estudo dois clientes que foram selecionados na Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. A cliente Roberta (nome fictício) esteve em terapia com um aluno da graduação antes de iniciar a terapia atual e, era conhecido que a participante apresentava algumas das categorias selecionadas para esta pesquisa. O segundo participante foi encaminhado com urgência para o Laboratório de Terapia Comportamental por se apresentar, segundo avaliação da psicóloga da unidade, sob intenso sofrimento e com relato desorganizado. A partir da leitura do prontuário da triagem de Vinícius (nome fictício) identificou-se a presença de problemas de relacionamento interpessoal em todas as áreas da vida – familiar, profissional e social –, cujas queixas poderiam fornecer dicas sobre a presença das categorias selecionadas para o presente estudo. Os clientes não fizeram uso de medicação psiquiátrica ao longo do processo terapêutico, embora a cliente Roberta tivesse recebido o diagnóstico de Transtorno de Personalidade

Borderline ao longo da terapia e, Vinícius, de Esquizofrenia Paranóide no início da psicoterapia. Os clientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido para participação na pesquisa (Anexo 1), além de já terem assinado a Declaração de Ciência da Clínica-escola (Anexo 2), ao iniciar os atendimentos.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes e o tempo de terapia com a pesquisadora do presente trabalho. A formulação completa dos casos clínicos está no Anexo 3.

Tabela 1. Identificação dos participantes, sexo, idade, início da terapia com a pesquisadora

Identificação *	Sexo	Idade de início	Início da terapia	No. de sessões antes da coleta
Roberta	F	47	Março de 2006	164
Vinícius	M	18	Dezembro de 2007	77

(*) nomes fictícios

Terapeuta-pesquisadora

Atua como terapeuta analítico-comportamental há dez anos e recebeu supervisão em grupo com a orientadora do presente trabalho durante os atendimentos dos dois clientes.

Juiz

Um juiz foi selecionado para o cálculo de concordância entre observadores de uma sessão de terapia analítico-comportamental. Um dos critérios para a seleção desse juiz foi que não participasse do mesmo grupo de supervisão, não tendo assim, acesso às informações detalhadas do processo terapêutico de ambos os clientes. Contudo, o juiz não estava totalmente cego, uma vez que obteve algum conhecimento dos casos clínicos por conversas informais com a pesquisadora. Este juiz possui sólida formação em análise do comportamento, experiência de mais de 15 anos como docente e terapeuta analítico-comportamental. Tem o conhecimento das escalas

utilizadas para categorizar as sessões de psicoterapia (descritas abaixo no item instrumentos) porque também as utilizou em sua tese de doutorado, portanto, não precisou passar por treino intensivo. O juiz assinou um termo de responsabilidade para garantir o sigilo das informações (Anexo 4).

Ambiente de coleta de dados

As sessões de terapia das fases do presente trabalho foram realizadas em uma sala do Laboratório de Terapia Comportamental na Clínica-escola de Psicologia da Universidade de São Paulo, localizada na cidade de São Paulo. Essas sessões tiveram a duração média de 50 minutos em encontros semanais com cada cliente.

O prédio que compreende o Laboratório é composto por um conjunto de salas no qual vários serviços são oferecidos à população (orientação profissional, atendimento clínico individual, atendimento psicológico de grupos). A sala de atendimento é composta por três cadeiras e uma mesa, relógio e possui um espelho unidirecional. Há uma filmadora acoplada no teto para o registro dos dados de observação. A Figura 1 apresenta uma vista aérea da configuração da sala de terapia. As análises e categorização das sessões foram feitas na residência da terapeuta-pesquisadora, em uma sala equipada com microcomputadores, impressora, televisão e DVD.

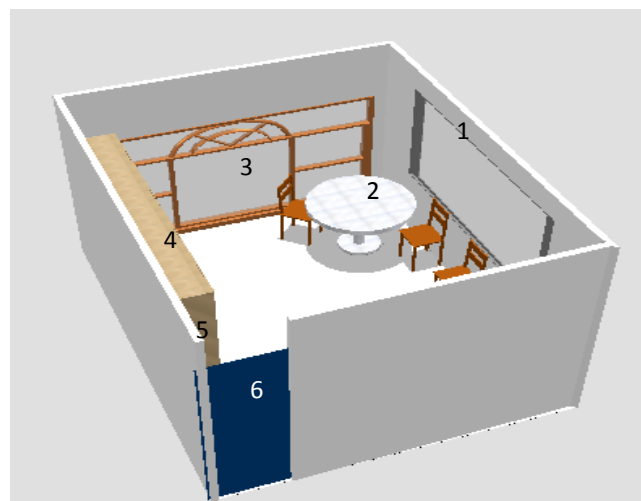


Figura 1. Vista aérea da sala de atendimento do Laboratório de Terapia Comportamental, local onde as sessões de ambos os clientes ocorreram. Legenda: 1, espelho unidirecional; 2, mesa e cadeiras onde cliente e terapeuta sentam; 3, janela; 4, armário com fitas/DVDs de sessões; 5, filmadora acoplada no teto e 6, porta de entrada do laboratório.

Materiais e equipamentos

Foram utilizados os seguintes materiais:

- (1) 40 DVDs;
- (2) 40 sessões transcritas, sendo 20 sessões de cada cliente (Roberta e Vinícius);
- (3) Softwares *Microsoft Word e Excel*;
- (4) Uma filmadora *SONY miniDV DCR-HC24*, uma televisão, um aparelho de DVD, um notebook Dell Inspiron.
- (5) Instrumentos de medidas:

Foram utilizados os seguintes instrumentos para análise dos comportamentos da terapeuta e dos clientes:

(5.1) Categorias de comportamentos de cliente que dificultam o andamento da terapia

De acordo com observações clínicas da terapeuta-pesquisadora foram identificados e selecionados comportamentos como variáveis dependentes (Vds) por dificultarem o andamento da terapia. São elas:

a) Verborragia: de acordo com o dicionário Aurélio (2005), a verborragia se caracteriza pela "superabundância de palavras com poucas ideias concretas". Para esta pesquisa, três propriedades da fala foram selecionadas para auxiliar na identificação desta categoria e a diferenciar da categoria "falar superficialmente": (a) cliente faz uso de quantidade excessiva de palavras (geralmente falas com muitos autoclíticos), (b) enorme fluência, (c) falas evasivas, ou seja, com pouco conteúdo/poucas ideias concretas . Ex.: *"olha, você não está percebendo por completo porque o que está ocorrendo no país e isso tem relação com o que a gente vive hoje e ainda, mais que isso, nós somos coniventes com muita coisa e não é justo porque eu sempre falo que eu não vou dar pérolas aos porcos e na estrutura de governo que temos, iremos ficar*

sempre assim e eu odeio essa postura das pessoas de agirem como se nada tivesse acontecido e elas vão tocando a vida."

b) Falar sem correspondência com a fala da terapeuta: quando a terapeuta pergunta, comenta sobre algo ou tenta interromper, o cliente continua relatando com ausência de correspondência com o comentário e/ou solicitação de relato da terapeuta; reage pouco aos comentários feitos pela terapeuta ou responde rapidamente retomando o tema anterior. Ex.: Terapeuta pergunta: "e como você está com seu filho?"; Cliente responde: "*eu não sei o que fazer com as coisas do apartamento porque eu fui tentar um advogado lá na defensoria e não deu certo. Eles alegam que eu posso pagar um advogado. Mas como? Nem tenho dinheiro para comer....*".

c) Falar superficialmente: cliente relata eventos não relacionados à análise da queixa havendo uma ausência de relatos sobre si mesmo, sobre situações difíceis, sobre sentimentos; embora a fala apresente conteúdo (contrário da verbosidade, na qual a fala é evasiva). Ex: "*você sabe aquela coisa de colocar na parede? como é o nome mesmo? bom, não lembro, mas assim para colocar as madeiras, ah, lembrei, os rodapés, eu tive que cortar com todos os ângulos certinhos senão nada ficava encaixado e eu tinha que calcular os milímetros para poder dar liga e montar certo....*"

d) Agredir verbalmente: verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta (Zamignani, 2007). O Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica (Zamignani, 2007) apresenta uma categoria chamada Oposição, que abrange doze subcategorias para esta classe, descritas abaixo no item instrumentos, a saber: (1) Queixas ou reclamações sobre a terapia ("*a terapia não está funcionando*"); (2) Relatos de descontentamento ("*você pode ser boa pra outras coisas, mas para tratar insônia...*"); (3) Indicações de contradição ("*Você fala para eu ter calma e seguir o que eu sinto, mas fica me pressionando aqui*"); (4) Relatos de sentimentos negativos ("*não gosto desse seu jeito detalhista me analisando*"); (5) Ironia dirigida ao terapeuta ("*até parece que você vai me dizer o que fazer!*"); (6) Relatos de incredulidade ("*será que você vai ter a capacidade de me ajudar? ainda estudante...*"); (7) Pedidos de interrupção ("*Pára! Você está me invadindo!*"); (8) Ameaças ("*posso parar a terapia a*

qualquer momento"); (9) Recusas (*"não vou seguir seus conselhos com as meninas"*); (10) Desvios do assunto (após a solicitação de relato da terapeuta para o cliente V sobre os planos para o futuro, o cliente responde *"minha garganta está seca"*); (11) Recusas de elogios (*"meu cabelo sempre foi assim"*, depois que a terapeuta fala que o cabelo estava bonito), (12) Relatos de não seguimento (*"eu falei que eu não ia conversar com as meninas"*).

(5.2) Sistema multidimensional de categorização de comportamentos na interação terapêutica (Zamignani, 2007)

Esse sistema foi utilizado para categorizar o comportamento da terapeuta e dos clientes. Esse sistema é composto por três eixos de categorização e quatro qualificadores que especificam algumas propriedades do comportamento categorizado. O Eixo I refere-se ao comportamento verbal vocal, com quinze categorias para as verbalizações do terapeuta e treze para as do cliente (para uma descrição detalhada deste sistema ver Zamignani, 2007). O Eixo II identifica os temas abordados contendo dezesseis categorias (como por exemplo, relação terapêutica, relação com cônjuge/parceiro, trabalho/carreira) e seus qualificadores são o tempo no qual o assunto é tratado (com cinco categorias, tais quais: aqui e agora na sessão, tempo passado, tempo futuro) e condução do tema na sessão (com cinco categorias, tais quais: cliente inicia/muda, terapeuta inicia/muda, terapeuta deriva). O Eixo III é o dos comportamentos motores, (postura corporal e movimentos motores) contendo cinco categorias. Estes últimos Eixos (II e III) não foram utilizados neste trabalho; apenas o Eixo I foi considerado e com modificações. A Tabela 2 apresenta as categorias verbais vocais do Eixo I para o registro dos comportamentos da terapeuta utilizadas no presente estudo. Em seguida à tabela, seguem as definições das categorias da terapeuta retiradas de Zamignani (2007).

Tabela 2. Categorias da terapeuta utilizadas nesta pesquisa do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica (SMCCIT).

Categorias da terapeuta - SMCCIT	
1. Terapeuta solicita relato – SRE (Solicitação de Relato).	1.1. Solicitação de informações sobre fatos 1.2. Solicitação de relatos de respostas encobertas do cliente
2. Terapeuta facilita o relato do cliente – FAC (Facilitação)..	2.1. Verbalizações mínimas 2.2. Expressões paralingüísticas 3.1. Nomeação e inferência de sentimentos 3.2. Normalizações e validação de sentimentos 3.3. Exclamação e expressões de interesse 3.4. Verbalizações de cuidado
3. Terapeuta demonstra empatia – EMP (Empatia).	3.5. Auto-revelação sobre experiências similares 3.6. Validação de discordância ou críticas do cliente 3.7. Humor 3.8. Apoio 3.9. Paráfrases
4. Terapeuta fornece informações – INF (Informação).	4.1. Informações factuais 4.2. Explicações de eventos 4.3. Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos 4.4. Explicações teóricas e experimentais de eventos 4.5. Informações sobre o contrato terapêutico 4.6. Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico 4.7. Justificativas de intervenções
5. Terapeuta solicita reflexão – SRF (solicitação de reflexão).	5.1. Solicitação de análise 5.2. Solicitação de avaliação 5.3. Solicitação de previsão 5.4. Solicitação de observação
6. Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas – REC (Recomendação).	6.1. Conselhos 6.2. Modelo 6.3. Incentivo 6.4. Estruturação de atividade 6.5. Permissão, proibição o solicitação de parada 7.1. Descrição de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos 7.2. Descrição de regularidades ou padrões recorrentes de ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações 7.3. Diagnóstico 7.4. Devolutiva de avaliação padronizada
7. Terapeuta interpreta – INT (Interpretação).	7.5. Estabelecimento de síntese 7.6. Metáforas ou analogias explicativas 7.7. Inferências 7.8. Previsões 7.9. Confrontações 7.10. Normalizações 7.11. Descrição de processo 8.1. Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente 8.2. Descrição de ganhos terapêuticos 8.3. Verbalizações de concordâncias 8.4. Pseudo-discordância 8.5. Relato de sentimentos positivos 8.6. Exclamações e expressões de aprovação 8.7. Agradecimentos
8. Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliação do cliente - APR (Aprovação).	9.1. Discordância 9.2. Crítica 9.3. Ironia 9.4. Ameaça 9.5. Paráfrase crítica 9.6. Auto-revelações desafiadoras 9.7. Relato de sentimentos negativos 9.8. Advertência
9. Terapeuta reprova ou discorda com ações ou avaliação do cliente – REP (Reprovação).	

(5.2.1) Definições das categorias da Terapeuta:

1. *Terapeuta solicita relato (Solicitação de relato – SRE)*: consiste em verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Segundo Zamignani (2007), essa categoria ocorre tipicamente em situações relacionadas à coleta de dados e levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico. Estão inclusos nesta categoria: (1) *Solicitação de informações sobre fatos*: terapeuta solicita que o cliente descreva fatos ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente e, (2) *Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente*: terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata.

2. *Terapeuta facilita o relato do cliente (Facilitação – FAC)* é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, essas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade. Essa categoria contém duas subcategorias: (1) *Verbalizações mínimas*: verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente e, (2) *Expressões paralinguísticas*: vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

3. *Terapeuta demonstra empatia (Empatia – EMP)*, segundo Zamignani (2007) contempla ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. A empatia tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem-vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e o aceito como é”). Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não punitivo para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição (Zamignani, 2007). Essa categoria contém dez subcategorias: (1) *Nomeação e inferência de sentimentos*: terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente; (2) *Normalizações e validação de sentimentos*: terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados

ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado); (3) *Exclamações e expressões de interesse*: comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele; (4) *Verbalizações de cuidado*: terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação; (5) *Auto-revelações sobre experiências similares*: terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugere validação ou compreensão da condição do cliente; (6) *Validação de discordâncias ou críticas do cliente*: terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas; (7) *Humor*: verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele); (8) *Apoio*: terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação; (9) *Paráfrases*: terapeuta apresenta, de forma resumida, o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente) e, (10) *Comentários de entendimento*: comentários breves apresentados após um relato do cliente, constituídos por pequenos fragmentos do próprio relato, ou por palavras que complementam o relato.

4. *Terapeuta fornece informações (Informação – INF)* consiste em verbalizações nas quais o terapeuta relata eventos ou informa o cliente sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles. Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico. Estão incluídas nessa categoria sete subcategorias: (1) *Informações factuais*: dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão; (2) *Explicações de eventos*: descrição de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do

comportamento do cliente ou de terceiros; (3) *Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos*: informações sobre padrões recorrentes de contiguidade temporal entre eventos (relações do tipo “o evento X ocorre quando Y ocorre...”) ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros; (4) *Explicações teóricas e experimentais sobre eventos*: descrição de proposições teóricas ou achados experimentais relativos ao assunto em discussão; (5) *Informações sobre o contrato terapêutico*: descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acordos de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre); (6) *Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico*: descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão e, (7) *Justificativas de intervenções*: terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

5. *Terapeuta solicita reflexão (Solicitação de reflexão – SRF)* é definida como verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. O terapeuta solicita que o cliente analise ou estabeleça relações entre os eventos em discussão. Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de autorregras (Zamignani, 2007). Quatro subcategorias pertencem a essa categoria: (1) *Solicitação de análise*: terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre evento–imediatamente na sessão ou após seu término; (2) *Solicitação de avaliação*: terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos; (3) *Solicitação de previsão*: terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros e, (4) *Solicitação de observação*: terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

6. *Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (Recomendação – REC)* pode ser definida como verbalizações nas quais o terapeuta sugere alternativas de ação ao cliente ou solicita o seu engajamento em ações ou tarefas. Deve ser utilizada quando o terapeuta especifica a resposta a ser (ou não) emitida pelo cliente. A literatura refere-se a essa categoria também como aconselhamento, orientação, comando ou ordem. Estão inclusos nessa categoria: (1) *Conselhos*: terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão; (2) *Modelo*: terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar; (3) *Incentivo*: terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento; (4) *Estruturação de atividade*: Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório e, (5) *Permissão, proibição ou solicitação de parada*: ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão (Zamignani, 2007).

7. *Terapeuta interpreta – (Interpretação – INT)* foi definida como contendo verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contiguidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação *do cliente e/ou de terceiros*. Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações. Estão inclusos nessa categoria: (1) *Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos*: relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros; (2) *Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações*: terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de

contiguidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente; (3) *Diagnóstico*: apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta; (4) *Devolutiva de avaliação padronizada*: apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica; (5) *Estabelecimento de sínteses*: verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente; (6) *Metáforas ou analogias explicativas*: descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas; (7) *Inferências*: suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente; (8) *Previsões*: suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros; (9) *Confrontações*: terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente; (10) *Normalizações*: terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado e, (11) *Descrição de processo*: terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo (Zamignani, 2007).

8. *Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliação do cliente (Aprovação – APR)* abrange verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento favorável a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Essas verbalizações dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar e fortalecer aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Essa categoria divide-se em: (1) *Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente*: terapeuta expressa julgamento favorável à ações, características ou aparência do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta); (2) *Descrição de ganhos terapêuticos*: terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente; (3) *Verbalizações de concordância*:

terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente; (4) *Pseudodiscordância*: terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características ou ações do cliente que ele considera positivas; (5) *Relato de sentimentos positivos*: terapeuta relata gostar do cliente, ou sentir-se bem em sua presença ou relata estar satisfeito com alguma ação realizada pelo cliente ou com o andamento da sessão; (6) *Exclamações e expressões de aprovação*: verbalizações exclamativas ou comentários em forma de exclamação ou interrogação, apresentados após a descrição de ações do cliente, sugerindo que tal ação foi aprovada pelo terapeuta; (7) *Agradecimentos*: terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.

9. *Terapeuta reprovava ou discorda com ações ou avaliação do cliente – (Reprovação - REP)* inclui verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavorável a respeito de ações, pensamentos, características e avaliações do cliente. Assim como *APROVAÇÃO*, verbalizações de *REPROVAÇÃO* dirigem-se às ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. *REPROVAÇÃO* tem sido frequentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica. Estão inclusos nessa categoria: (1) *Discordância*: terapeuta discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações, afirmações propostas ou características do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta); (2) *Crítica*: terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência; (3) *Ironia*: comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao cliente. Comentários do terapeuta que sugerem incredulidade a respeito de relatos do cliente sobre o que disse ou fez; (4) *Ameaça*: terapeuta prevê consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça; (5) *Paráfrase crítica*: terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente, explicitando uma crítica ou apontando uma falta ou erro do cliente; (6) *Autorrevelações desafiadoras*: terapeuta relata sua experiência com relação a um

evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação tenha sido melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir; (7) *Relato de sentimentos negativos*: terapeuta relata que não gosta do cliente ou de algo que ele faça ou que está insatisfeito com algum aspecto relativo ao seu comportamento; (8) *Advertência*: terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.

Para melhor visualização das categorias dos clientes utilizadas no presente estudo, a Tabela 3 apresenta as categorias verbais vocais do Eixo I do SMCCIT. Abaixo da tabela, seguem as definições das categorias dos clientes retiradas de Zamignani (2007).

Tabela 3. Categorias dos clientes utilizadas nesta pesquisa do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica (SMCCIT).

Categorias dos clientes	
1. Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos: SOL (Solicitação)	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Solicitação de informações e esclarecimentos 1.2. Solicitação de avaliação 1.3. Solicitação de recomendação 1.4. Solicitação de procedimentos 1.5. Solicitação de asseguramento 1.6. Apresentação da demanda
2. Cliente relata eventos – REL (Relato)	<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Relato de informação sobre eventos 2.2. Relato de eventos anteriormente registrados 2.3. Relato de sentimentos e emoções 2.4. Relato de estados motivacionais ou tendências a ação 2.5. Julgamento ou avaliação
3. Cliente relata melhora ou progresso terapêutico – MEL (Melhora)	<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Relato de ganhos terapêuticos 3.2. Relato de mudanças positivas no comportamento de terceiros 3.3. Relato de autocontrole 3.4. Relato de autoconsciência
4. Cliente formula metas – MET (Metas)	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Planejamento de estratégias 4.2. Proposta de ações futuras 5.1. Estabelecimento de relações explicativas 5.2. Identificação de regularidades, relações de contigüidade ou de correlação entre eventos
5. Cliente estabelece relações entre eventos – CER (Relações)	<ul style="list-style-type: none"> 5.3. Atribuição de diagnóstico 5.4. Estabelecimento de síntese 5.5. Inferências 5.6. Previsão sobre eventos futuros 5.7. Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de conseqüências 6.1. Avaliações favoráveis sobre o terapeuta 6.2. Relato de esperança
6. Cliente relata concordância ou confiança – CON (Concordância)	<ul style="list-style-type: none"> 6.3. Relato de satisfação 6.4. Relato de seguimento de solicitação de reflexão 6.5. Indicações de atenção 6.6. Indicações de entendimento 6.7. Exclamação de concordância 7.1. Queixas ou reclamações sobre a terapia 7.2. Relatos de descontentamento 7.3. Indicações de contradição 7.4. Relato de sentimentos negativos 7.5. Ironia dirigida ao terapeuta 7.6. Relatos de incredulidade 7.7. Pedidos de interrupção 7.8. Ameaças 7.9. Recusas 7.10. Desvios do assunto 7.11. Recusas de elogio 7.12. Relatos de não seguimento
7. Cliente se opõe, recusa ou reprova – OPO (Oposição)	

(5.2.2) *Definições das categorias dos clientes:*

1. *Cliente solicita informações, opiniões, asseguração, recomendações ou procedimento (SOLICITAÇÃO - SOL)* é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta. Pertencem a esta categoria: (1) *Solicitação de informações ou esclarecimentos:* solicitações do cliente por informações, confirmações ou esclarecimentos a respeito de eventos, da racional da terapia ou do andamento da sessão; (2) *Solicitação de avaliação:* cliente pede para que o terapeuta avalie seu comportamento ou o comportamento de terceiros, emita um diagnóstico sobre o seu problema ou o problema de terceiros ou, ainda, solicita que o terapeuta analise seu problema ou de terceiros; (3) *Solicitação de recomendações:* cliente pede sugestões para o terapeuta de alternativas de resposta ou cursos de ação possíveis; (4) *Solicitação de procedimentos:* cliente solicita que o terapeuta utilize determinados procedimentos ou técnicas, maneje determinada questão ou tema ou então, sugere ao terapeuta o que este deve fazer com relação ao seu tratamento; (5) *Solicitação de asseguração:* cliente solicita ao terapeuta asseguração sobre a ocorrência (ou não ocorrência) de determinados eventos, sobre fatos ou sobre a correção de sua (do cliente) avaliação ou opinião a respeito de eventos.

2. *Cliente relata eventos (Relato - REL)* contempla verbalizações nas quais o cliente descreve ou informa ao terapeuta a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, respostas emocionais suas ou de terceiros, seus estados motivacionais e/ou tendências a ações, sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles. Fazem parte dessa categoria: (1) *Relato de informações sobre eventos:* quando o cliente descreve fatos ocorridos, informações específicas, detalhes, ou esclarecimentos a respeito de eventos; (2) *Relato de eventos anteriormente registrados:* relatos do cliente sobre seus registros efetuados sobre a ocorrência de eventos, como parte de uma técnica terapêutica ou coleta de dados solicitados pelo terapeuta; (3) *Relato de sentimentos e emoções:* relatos do cliente sobre ter vivenciado, estar vivenciando ou que está prevendo que poderá vivenciar uma resposta emocional; (4) *Relato de estados motivacionais ou tendências à ação:* verbalizações que sugerem a "força" ou a probabilidade da ocorrência de alguma resposta possivelmente relacionada com uma

emoção e, (5) *Julgamento ou avaliação*: relatos de opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

3. *Cliente relata melhora ou progresso terapêutico (Melhora - MEL)* é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente relata mudanças satisfatórias com relação à sua queixa clínica, problemas médicos, comportamentos relacionados à sua queixa, ou comportamentos considerados, pelo cliente ou pelo terapeuta, como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à melhora). Pertencem a esta categoria: (1) *Relatos de ganhos terapêuticos*: Cliente relata ganhos em metas importantes ou positivas, ou diminuição de problemas com relação a queixas médicas ou à suas queixas terapêuticas; (2) *Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros*: cliente relata melhoras com relação ao comportamento de terceiros que têm relação com a queixa apresentada pelo cliente; (3) *Relatos de autocontrole*: relato de medidas de autocontrole ou medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações; (4) *Relatos de autoconsciência*: cliente relata que descobriu, tomou consciência ou passou a aceitar ou compreender eventos dos quais ele até então não havia se dado conta ou não havia compreendido, sugerindo explicitamente um ganho do ponto de vista terapêutico (com verbalizações do tipo “agora eu entendo”, ou “agora faz sentido”, “é isso!”, “é claro!” etc.). Esse tipo de verbalização é conhecido na literatura clínica sob o termo *insight*.

4. *Cliente formula metas (Metas - MET)* abrange verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia. Estão inclusos nessa categoria: (1) *Planejamento de estratégia*: Cliente contribui com planos para mudar sua estratégia de ação por conta própria; (2) *Proposta de ações futuras*: Cliente propõe ações futuras (solicitadas ou não pelo terapeuta) para a solução de problemas específicos.

5. *Cliente estabelece relações entre eventos (Relações - CER)* é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente estabelece relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) entre eventos, descrevendo-as de forma explícita ou sugerindo-as por meio de metáforas ou analogias. Estão inclusos nessa categoria: (1) *Estabelecimento de relações explicativas*: cliente fornece razões

para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então"; (2) *Identificação de regularidades, relações de contiguidade ou de correlação entre eventos*: cliente descreve sua observação sobre padrões recorrentes de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal; (3) *Atribuição de diagnóstico*: cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas de terceiros, dele mesmo ou do terapeuta; (4) *Estabelecimento de síntese*: sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros); (5) *Inferências*: suposições sobre a ocorrência de sentimentos de terceiros que não tenham sido relatadas ou descritas por qualquer pessoa; (6) *Previsão sobre eventos futuros*: cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos seus ou de terceiros; (7) *Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de consequências*: cliente discorre a respeito de seus pensamentos ou reflexões sobre determinado tema, elaborando algum tipo de relação explicativa, causal ou de regularidade entre eventos, ou levantando alternativas de ação e suas possíveis consequências (análise de consequências).

6. *Cliente se opõe, recusa ou reprovava (Oposição – OPO)*: é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Essa categoria inclui doze subcategorias que foram analisadas separadamente nesse trabalho: (1) *Queixas ou reclamações sobre a terapia*: cliente queixa-se do terapeuta ou do tratamento, descreve falhas deste ou critica suas ações, características ou aparência; (2) *Relatos de descontentamento*: cliente relata seu descontentamento com o terapeuta, a terapia e/ou certos pontos da terapia, ou diz ao terapeuta que ele não o está ajudando em sua queixa; (3) *Indicações de contradição*: cliente aponta discrepâncias ou contradições no discurso do terapeuta (seja em tom confrontativo ou agradável); (4) *Relatos de sentimentos negativos*: relato do cliente de que não gosta do terapeuta ou de algo que

ele faça, ou que não está sentindo-se bem com algum aspecto relativo ao comportamento do terapeuta; (5) *Ironia dirigida ao terapeuta*: comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao terapeuta. Cliente ri de algo que o terapeuta disse ou fez; (6) *Relatos de incredulidade*: comentários do cliente que sugerem incredulidade a respeito de qualquer verbalização ou ação do terapeuta ou que sugerem que o terapeuta não tenha conhecimento ou experiência suficiente para ajudá-lo; (7) *Pedidos de interrupção*: ordens ou pedidos de parada ou mudança do comportamento do terapeuta dentro da sessão ou da própria sessão; (8) *Ameaças*: cliente apresente qualquer tipo de ameaça ao terapeuta; (9) *Recusas*: Cliente se nega a falar a respeito de um tema solicitado pelo terapeuta ou se recusa a se engajar em algum exercício; (10) *Desvios do assunto*: verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de relato por parte do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado, quer o cliente explicita ou não seu interesse em mudar de assunto; (11) *Recusas de elogios*: cliente discorda ou se opõe a um elogio feito pelo terapeuta e, (12) *Relatos de não seguimento*: cliente relata o não seguimento de alguma recomendação do terapeuta ou que fez algo que o terapeuta havia desaconselhado, em tom hostil ou de desafio ou acompanhado de crítica à tarefa proposta.

7. *Cliente relata concordância ou confiança (Confiança – CON)* é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta ou relata satisfação, esperança ou confiança no terapeuta e/ou no processo terapêutico. Inclui também verbalizações nas quais o cliente complementa ou resume a fala do terapeuta ou episódios nos quais o cliente sorri em concordância com o terapeuta. Inclui: (1) *Avaliações favoráveis sobre o terapeuta*: cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não; (2) *Relatos de esperança*: cliente relata que está esperançoso de que o trabalho terapêutico poderá ajudá-lo; (3) *Relatos de satisfação*: cliente relata satisfação ou contentamento com os resultados alcançados com a ajuda do terapeuta; (4) *Relatos de seguimento de solicitação de reflexão*: cliente relata ter refletido a respeito de interpretações ou

recomendações dadas pelo terapeuta; (5) *Indicações de atenção*: comentários breves ou expressões vocais curtas emitidas pelo cliente, que sugerem que ele está prestando atenção e que o terapeuta deveria continuar falando. Comentários apresentados após uma descrição do terapeuta, que inferem a continuidade da descrição, sugerindo interesse no assunto e demonstrando que está atento ao relato; (6) *Indicações de entendimento*: verbalizações que sugerem compreensão ou entendimento de uma informação, interpretação ou recomendação apresentada pelo terapeuta, seguidas ou não da descrição de eventos que corroboram a análise ou descrição apresentada; (7) *Exclamações de concordância*: comentários em forma de exclamação, apresentados após a descrição de eventos por parte do terapeuta, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele (Zamignani, 2007).

(5.3) Escala de categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS – Callaghan & Follette, 2008)

Sistema desenvolvido para a classificação de áudios ou vídeos de sessões da FAP, ou seja, foi criado para capturar comportamentos do cliente e do terapeuta que ocorrem durante a Psicoterapia Analítica Funcional. Esse sistema inclui códigos para avaliar tanto os aspectos da FAP quanto códigos para classificar outros comportamentos efetivos do cliente e do terapeuta que ocorrem em terapia. Ao considerar os comportamentos do cliente, o instrumento abrange os comportamentos clinicamente relevantes (específicos da FAP) e os relatos acerca dos problemas e melhoras ocorridos fora da sessão (do inglês, O1= *outside 1* e O2= *outside 2*, respectivamente). Comportamentos do terapeuta que foram identificados como teoricamente relevantes na condução da FAP são incluídos. São eles: discussões a respeito da relação terapêutica, o responder efetivo e ineficaz aos CCRs e o evocar comportamento do cliente em sessão. Neste sistema, um código é dado a cada fala do terapeuta e do cliente, critério utilizado no presente trabalho. Uma breve descrição das categorias que foram utilizados nesse estudo será apresentada a seguir.

(5.3.1) *Categorias específicas da FAP para a Terapeuta*: nove categorias foram consideradas no presente estudo.

1. *Terapeuta avalia CCR (Regra 1)*: esse código é utilizado quando o terapeuta está seguindo a Regra 1 da Fap, ou seja, "prestando atenção no CCR". Isto significa que o terapeuta está fazendo perguntas para determinar se o CCR está ocorrendo naquele momento, como por exemplo, utilizando frases do tipo "o que você está sentindo agora?"; "parece que você está evitando alguma coisa..."; "o que você quer dizer com isso?".

2. *Terapeuta avalia CCR via paralelo fora da sessão/dentro da sessão (Regra 1-P)*: o terapeuta faz um paralelo ou identifica semelhanças entre os comportamentos do cliente emitidos fora da sessão de terapia e o comportamento que ocorre em sessão, na interação com o terapeuta. Por exemplo, após o cliente verbalizar que ele fica chateado com as pessoas, o terapeuta responde: "você também fica chateado comigo?".

3. *Terapeuta evoca CCR (ECCR - Regra 2)*: quando o terapeuta faz uma tentativa de evocar um comportamento clinicamente relevante (CCR1, CCR2 ou CCR3). Isso geralmente ocorre quando o terapeuta conecta os problemas fora de sessão à relação terapêutica ("você já me disse em outra sessão que fica muito irritado quando seu pai não te escuta, não presta atenção no que você está falando. Isso pode estar acontecendo agora?") ou quando o terapeuta pergunta diretamente ao cliente para que ele se engaje na emissão de um CCR2 (por exemplo, "você poderia expressar seus sentimentos aqui comigo de outra maneira?"). Entretanto, esse código não é dependente do comportamento do cliente emitido após ECCR.

4. *Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 (TCCR1 - Regra 3-1)*: quando o terapeuta responde efetivamente ao CCR1. Esse código é dado quando o terapeuta modela o CCR1. Mesmo que as topografias variem, qualquer resposta efetiva a um CCR1 deveria reduzi-lo no futuro. Como não é possível codificar baseado na frequência futura, será utilizado o efeito aparente e imediato do comportamento do terapeuta sobre o cliente

e suas reações para determinar se o terapeuta modelou o comportamento do cliente efetivamente⁹.

5. *Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 (TCCR2 - Regra 3-2)*: quando o terapeuta responde efetivamente ao CCR2. Esse código é dado quando o terapeuta modela o CCR2. Mesmo que as topografias variem, qualquer resposta efetiva a um CCR2 deveria aumentá-lo no futuro. O CCR2 facilita a relação terapêutica. Como discutido na definição da categoria anterior (TCCR1), será utilizado o efeito aparente e imediato do comportamento do terapeuta sobre o cliente e suas reações para determinar se o terapeuta modelou o comportamento do cliente efetivamente.

6. *Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 (TCCR3- Regra 3-3)*: quando o terapeuta responde efetivamente ao CCR3, isto é, quando o cliente descreve como diferentes variáveis controladoras impactam o seu comportamento. Esse código também deve captar quando o terapeuta modela a descrição do cliente. Esse código também é dado quando o terapeuta descreve essas relações ao cliente e quando o cliente faz paráfrases modificando as descrições feitas pelo terapeuta e o terapeuta responde a esse comportamento do cliente com apoio na análise do comportamento em questão. Quando o terapeuta faz descrições gerais sobre a importância de o cliente conduzir uma análise comportamental, observando como as variáveis interagem e as relações funcionais entre elas são codificadas nesse item.

7. *Terapeuta responde de forma ineficaz ao CCR (Regra 3-IN)*: quando o terapeuta falha em consequenciar um CCR1, 2 ou 3, ou seja, quando o terapeuta falha em reconhecer um CCR ou quando o terapeuta reconhece o CCR, mas responde de forma inadequada (reforça o CCR1 e pune o CCR2, por exemplo).

8. *Terapeuta avalia o efeito do seu responder (Regra 4)*: quando o terapeuta pergunta para o cliente sobre o efeito do seu responder sobre o comportamento do cliente. Exemplos: "*o que você está achando disso que eu acabei de te falar?*"; "*quando eu te respondo assim, o que você sente?*".

⁹Como ainda é desconhecido precisamente o quanto imediato precisa ser a resposta do terapeuta para que a modelagem efetiva do comportamento do cliente ocorra, a literatura recomenda o uso do critério de até 3 lags (intervalos), ou seja, dada a emissão de um CCR1, o terapeuta terá a oportunidade de responder até a sua terceira fala (Cliente-Terapeuta 1, Cliente –Terapeuta 2, Cliente-Terapeuta 3). Esse critério é válido para TCCR1, TCCR2 e TCCR3. Na presente pesquisa, apenas o a resposta no lag 1 esteve sob análise.

9. *Terapeuta avalia a generalização (Regra 5)*: quando o terapeuta fornece interpretações do comportamento do cliente que ocorreu na interação com o terapeuta, ou seja, quando o terapeuta está discutindo a função de comportamentos emitidos no contexto da relação terapêutica.

(5.3.2) *Categorias específicas da FAP para os clientes*: três categorias foram selecionadas para o presente estudo. São elas:

1. *Comportamento clinicamente relevante 1 (CCR1)*: é codificado quando o cliente engaja em comportamentos-problema em sessão, ou seja, ele ocorre no contexto da relação terapêutica. No presente estudo, os CCRs1 foram divididos em classes: CCR1a= verborragia; CCR1b= falar sem correspondência com as falas da terapeuta; CCR1c= falar superficialmente e CCR1d= comportamento opositor (agressões verbais).

2. *Comportamento clinicamente relevante 2 (CCR2)*: é codificado quando o cliente se engaja em comportamentos de melhora em sessão, no contexto da relação terapêutica. O comportamento de melhora precisa estar diretamente relacionado ao terapeuta. No presente estudo, os CCRs2 também foram divididos em classes e são comportamentos alternativos para os CCRs1 descritos anteriormente. São elas: CCR2a= dialogar; CCR2b= responder com correspondência à fala da terapeuta; CCR2c= autorrevelar-se; CCR2d= concordar com a terapeuta (para a cliente Roberta).

3. *Comportamento clinicamente relevante 3 (CCR3)*: esse comportamento verbal é codificado quando o cliente descreve como diferentes variáveis de controle impactam seu comportamento e também quando o cliente faz essas análises funcionais. Essas descrições das variáveis controladoras são CCR3s se o cliente descreve variáveis em sessão ou as contingências fora do ambiente terapêutico. Codifica em CCR3 quando o cliente faz paráfrases com palavras próprias alterando as descrições do terapeuta feitas anteriormente. Também são codificadas descrições funcionais aproximadas, ou seja, quando o cliente descreve parte da contingência de três termos, se esquecendo de um termo dessa relação.

Questões éticas

O estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos, nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os clientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização dos dados obtidos (Anexo 1). A pesquisadora e o juiz assinaram o Termo de Responsabilidade (Anexo 3). No caso de publicações geradas a partir dessa pesquisa, os cuidados com o sigilo e preservação dos dados de identificação dos clientes serão tomados.

A pesquisadora era responsável pelo andamento da pesquisa, aplicação dos procedimentos e avaliação do bem-estar dos clientes durante o andamento da coleta de dados. A terapeuta-pesquisadora ao longo do procedimento ficou atenta ao aparecimento de qualquer problema e/ou desconforto dos clientes para que, se fosse o caso, interromper o tratamento/procedimento.

Procedimento

O procedimento geral foi conduzido em uma sequência de fases para ambos os clientes, uma vez que foi realizado um delineamento experimental. Assim, as fases do delineamento foram implementadas como segue a descrição.

Decisões metodológicas foram tomadas ao longo do processo de preparo do delineamento. A partir da definição das categorias dos comportamentos que dificultam a terapia, algumas questões foram levantadas com o objetivo de auxiliar o planejamento do delineamento experimental. Foram elas: a) como o fenômeno do presente trabalho será medido de forma a garantir validade e confiabilidade dessas medidas; b) qual será o melhor delineamento experimental para que as comparações entre as condições experimentais e controle possam ser realizadas e, c) como os dados e as medidas obtidas serão analisados.

Em seguida, decisões foram tomadas acerca do número de participantes, da quantidade de condições (experimental e controle) que seriam utilizadas, do momento de iniciar o procedimento, do tempo e da ordem que as condições seriam introduzidas.

Outros quatro fatores também foram considerados como relevantes para garantir um bom controle experimental e um ambiente mais próximo da prática clínica: 1) a seleção de uma variável independente que pudesse ser manipulada; 2) a

possibilidade de coletar medidas repetidas ao longo do procedimento; 3) a replicação dos efeitos encontrados e, 4) a aplicação do procedimento sem artificializar o processo terapêutico para a coleta de dados.

Delineamento

Na tentativa de se investigar os efeitos de intervenções FAP sobre categorias dos clientes que dificultavam o andamento da terapia, o presente estudo optou pelo delineamento experimental de caso único, de retirada. A estrutura do delineamento desta pesquisa pode ser apresentada de acordo com a Figura 2. A descrição de cada fase será apresentada a seguir.

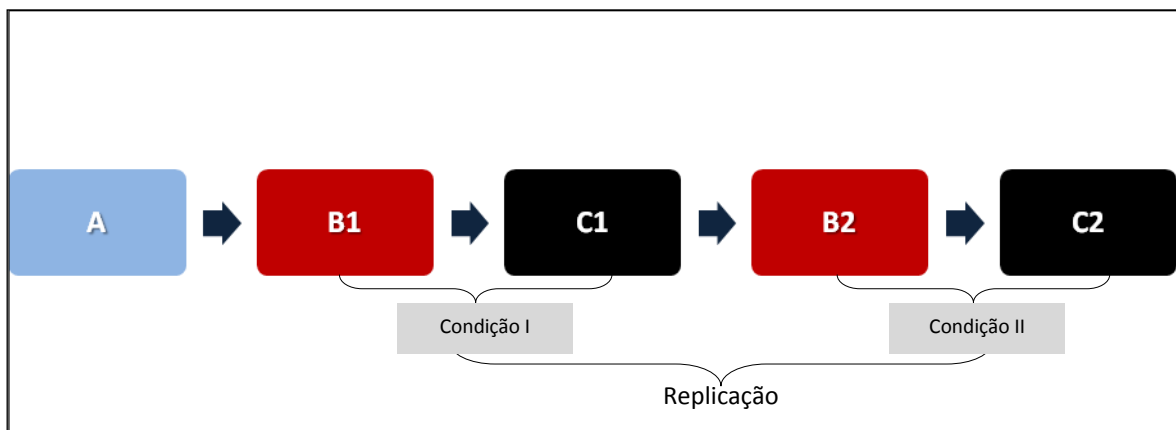


Figura 2. Estrutura do delineamento experimental. A= condição de linha de base na qual não há intervenções sistematicamente planejadas; B1= a introdução da FAP (VI); C1= a retirada da FAP; B2= reintrodução da FAP e C2= a retirada da FAP.

Como é possível observar na Figura 2, este delineamento permite a introdução (fases B, em vermelho) e a retirada (fases C, em preto) da variável independente FAP, além de medida de linha de base (fase A, em azul). A replicação das condições experimentais (B2 e C2 replicando B1 e C1 na replicação inter-sujeito e Vinícius replicando Roberta na replicação intra-sujeitos) é outro fator poderoso deste arranjo experimental, porque permite aumentar a validade interna e externa da presente pesquisa. O forte controle experimental pode ser demonstrado quando a aplicação da

VI selecionada para o presente estudo produzir uma diminuição da frequência do comportamento alvo (nas fases B1 e B2) e, logo após a retirada da VI, pode-se observar um aumento na frequência do mesmo comportamento.

Unidade de medida

As falas foram definidas de acordo com o interlocutor, ou seja, uma “fala” é definida como sendo uma série de verbalizações emitidas por um falante delimitadas pela fala anterior e fala subsequente do outro falante (Kanter et al., 2006).

Unidades de análises

Referem-se às categorias pré-definidas para o presente estudo (CCRs1): 1) verborragia; 2) falar sem correspondência com a fala da terapeuta; 3) falar superficialmente; 4) agredir verbalmente. Além dos CCRs2 (diálogo, falar com correspondência com a fala da terapeuta, autorrevelações) e CCRs3.

FASE A - Etapa inicial do delineamento experimental: condição de linha de base

Os participantes eram clientes da terapeuta-pesquisadora há algum tempo (ver Tabela 1) e optou-se por selecioná-los porque, além da presença das variáveis dependentes selecionadas para este estudo, algumas variáveis intervenientes poderiam ser controladas: os casos clínicos estavam bem consolidados e com a relação terapêutica estabelecida, o que aumentaria a probabilidade de permanência em terapia ao longo da coleta de dados e menor risco de desistência. Além do preenchimento da declaração padrão da clínica-escola (Declaração de Ciência - Anexo 2), que permite a gravação em áudio/vídeo das sessões, a participação dos clientes contou com o preenchimento do Consentimento Livre e Esclarecido que autorizou a participação na pesquisa e o uso dos dados para fins de pesquisa (Anexo 1).

No início do delineamento experimental, a pesquisadora conversou com os participantes e forneceu informações sobre a pesquisa. Assim, os clientes receberam uma explicação sobre a Psicoterapia Analítica Funcional numa tentativa de diminuir

qualquer impacto negativo que esse tipo de intervenção pudesse causar, uma vez que a introdução da FAP pode exigir um tempo de adaptação do terapeuta e do cliente (Taccola, 2007). A explicação abrangeu alguns pontos importantes citados por Callaghan (2006):

1. Discussões acerca das diferenças entre a relação terapêutica (e o contexto da terapia) e outras relações que o cliente se engaja fora da sessão de terapia;
2. Informações sobre a premissa da FAP de que os problemas que ocorrem fora da terapia entre o cliente e as outras pessoas também podem ocorrer em sessão, no relacionamento com o terapeuta;
3. Informações sobre a utilidade de intervir nos comportamentos que ocorrem em sessão para produzir melhoras. As discussões sobre os eventos que ocorreram fora da sessão de terapia também são realizadas, mas são feitas tentativas de conectar o que acontece fora de sessão com os comportamentos-problema que ocorrem no contexto terapêutico.

Esta explicação pode ser mostrada com o trecho retirado da sessão da cliente Roberta:

T.: Roberta, deixa eu te explicar uma coisa. Lembra que eu comentei com você sobre a minha pesquisa de doutorado?

C.: Lembro sim. Aquela que a gente ia ficar falando da gente, da nossa sessão (risos).

T.: Então, vamos retomar um pouco isso.

C.: Tá bom.

T.: Eu estou querendo estudar um pouquinho sobre o que o terapeuta faz que pode produzir algumas melhoras no cliente. E assim eu tenho alguns procedimentos que podem focar no que acontece na nossa relação aqui em terapia, ou que pode focar nas coisas que acontecem lá fora.

C.: Hum hum.

T.: Tudo isso porque a gente parte da premissa que a relação terapêutica, ou seja, a relação que você estabelece comigo é especial e pode ser um instrumento capaz de te ajudar a melhorar. A gente já sabe que a forma como você se comporta lá fora com as

peessoas do seu cotidiano será replicada aqui comigo....algumas dificuldades que você tem lá fora vão também aparecer comigo.

C.: Hum hum.

T.: E, acontecendo aqui comigo, eu posso sinalizar pra você, a gente pode conversar sobre o ocorrido, e eu posso sinalizar os meus sentimentos com relação ao seu comportamento. Aí, discutindo tudo isso, a gente vai poder melhorar a cada sessão.

C.: Ok, acho que vai ser engraçado (risos).

A **letra A**, que geralmente é chamada de condição de linha de base, foi denominada neste presente estudo de início da coleta de dados, ou seja, condição na qual as sessões de terapia não apresentavam intervenções sistematicamente planejadas (critério que diferencia esta fase das fases C1 e C2 descritas a seguir). Assim, nesta fase, as intervenções baseadas nos procedimentos de governo por regras ou da Psicoterapia Analítica Funcional poderiam ser utilizados a depender das contingências das sessões. A filmadora acoplada ao teto da sala de atendimento filmou as quatro sessões dessa fase experimental, sessões estas que antecederam a fase seguinte (B1). O número de sessões não estava previamente definido, mas optou-se por quatro sessões considerando que, o número mínimo para se conseguir medidas de estabilidade, nível e tendência das variáveis dependentes são de três pontos de mensuração (Hersen & Barlow, 1976).

Critério para mudança de fase: a mudança de fase foi realizada a partir do momento que as medidas tomadas durante as sessões apontaram para uma estabilidade ou tendência das variáveis dependentes (categorias pré-definidas), ou seja, com a introdução da VI (Fases B1 e B2), a frequência dos CCRs1 diminuiria e a frequência de CCRs2 aumentaria. O inverso era esperado nas fases de retirada da FAP (C1 e C2). Entende-se por estabilidade um padrão que mostra pouca variação ao longo de um certo período de tempo (Sidman, 1960).

As quatro sessões foram transcritas e impressas para a categorização, logo após a sua ocorrência. Os dois instrumentos citados anteriormente (FAPRS e SMCCIT) foram utilizados em todas as fases do delineamento experimental para categorizar os

comportamentos dos clientes e da terapeuta. Posteriormente, diante das transcrições categorizadas, foi montada uma planilha no Excel na qual as categorizações foram escritas a fim de montar o banco de dados (descrito abaixo).

FASE B1- Introdução da variável independente FAP

A **letra B1** consiste na condição na qual os procedimentos relacionados aos comportamentos modelados pelas contingências foram adicionados aos de governo por regra. Neste caso, os que concernem a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) foram utilizados predominantemente. As intervenções FAP têm como foco a relação terapêutica e a modelagem em sessão do comportamento do cliente. Como descrito anteriormente, os comportamentos clinicamente relevantes correspondem às categorias pré-definidas para o presente estudo e, segundo a nomenclatura de Kohlenberg e Tsai (1991) foram categorizados como: CCR1 (comportamentos-problema que ocorreram em sessão), CCR2 (comportamentos que indicaram melhoras emitidas na interação terapêutica) e CCR3 (descrição das variáveis responsáveis pelos problemas dos clientes e as descrições das melhoras que permitiram aos clientes maior sucesso em atingir os objetivos de terapia).

Na primeira sessão de FAP, a terapeuta tentou responder contingente aos CCRs, ou seja, logo que eles ocorriam, em alta frequência, para poder marcar a mudança da Fase A para a Fase B1. O responder contingente foi definido como a resposta da terapeuta emitida logo após uma fala do cliente, provendo consequências assim que a resposta era emitida por ele. Esse é o principal mecanismo pelo qual as melhoras clínicas podem ocorrer e é isso que caracteriza uma sessão FAP (Callaghan, Summers & Weidman, 2003).

Nesta fase, o número de sessões foi de cinco para a participante Roberta e quatro para o participante Vinícius. Considerando o critério de estabilidade do dado obtido, a participante Roberta necessitou de uma quinta sessão.

FASE C1 - Retirada da variável independente FAP

Na fase indicada pela **letra C1**, o processo de retirada da FAP teve início. Esta fase teve como foco a utilização de procedimentos dirigidos aos relatos de comportamentos dos clientes que ocorriam no cotidiano, fora do contexto da relação terapêutica¹⁰. Os procedimentos da terapeuta desta fase foram os que forneceram orientações, e favoreceram a auto-orientação. As análises de contingências externas às sessões foram então realizadas para possibilitar o conhecimento dos determinantes do comportamento dos clientes. A terapeuta, então, evitou propositalmente a modelagem direta dos comportamentos dos clientes em sessão, mantendo a conversa nos relatos dos comportamentos emitidos fora da sessão. As categorias previamente definidas para cada cliente foram medidas no decorrer dessa intervenção utilizando os sistemas FAPRS e SMCCIT. Quatro sessões foram programadas para ambos os clientes e a mudança de fase dependeu da observação de tendência de reversão das variáveis dependentes.

FASE B2 – Reintrodução da variável independente FAP

Com esta fase se iniciou a replicação da primeira condição (B1-C1). O mesmo procedimento utilizado na fase B1 foi utilizado nesta fase. A FAP foi utilizada como procedimento de modelagem de comportamentos emitidos na sessão de terapia, na interação com a terapeuta. O mesmo critério do número de sessões das outras fases foi aplicado nesta, ou seja, quatro sessões de terapia para cada cliente.

FASE C2 – Retirada da variável independente FAP

Nesta fase, a FAP foi retirada mais uma vez e as sessões foram baseadas em conversas sobre situações que ocorreram no cotidiano de cada cliente. Foram transcritas e categorizadas três sessões para a cliente Roberta e quatro sessões para o participante Vinícius.

Este tipo de delineamento permite uma demonstração mais robusta do controle experimental por requerer a introdução e retirada repetida da estratégia de

¹⁰ É importante esclarecer que durante um processo de terapia, sempre haverá outros procedimentos envolvidos e, em cada fase delimitada pela pesquisa, os procedimentos correspondentes a elas foram predominantes (maior frequência).

intervenção. Incluiu uma replicação direta do efeito, a última condição (B2-C2) replica a primeira condição (B1-C1) com o mesmo participante e os mesmos comportamentos. Os comportamentos-alvo foram continuamente medidos sob condições de linha de base (A) e intervenções (B e C).

Etapa final – Término da coleta de dados e continuação da terapia

Após o término das sessões de coleta de dados, os clientes foram informados a respeito da continuidade da terapia com a mesma terapeuta (a pesquisadora) até o final do ano letivo e, dependendo da necessidade de cada cliente, alternativas para a continuação da terapia foram discutidas.

Coleta e análise dos dados

Todas as sessões foram transcritas e impressas para a categorização, totalizando 40 sessões, ou seja, 20 sessões de cada cliente (Roberta e Vinícius). A Tabela 4 mostra a distribuição das sessões nas respectivas fases para cada participante analisado.

Tabela 4. Número de sessões analisadas em cada fase para ambos os participantes.

Participantes	A	B1	C1	B2	C2	Total
Roberta	4	5	4	4	3	20
Vinícius	4	4	4	4	4	20

A partir das transcrições, foi criado um banco de dados no *Excel* para organização dos eixos de análise, conforme Tabela 5.

Tabela 5. Banco de dados para análise das sessões de terapia de ambos os cliente e seus respectivos eixos.

OS	S	F	P	T	Fap/Out	T	C	Classe	Classe	Classe	Classe	CCR3
				SMCCIT		FAPRS	SMCCIT	A	B	C	D	

As siglas da Tabela 5 correspondem a:

OS: andamento da sessão, ou seja, a sequência de falas do terapeuta e do cliente no decorrer da sessão de terapia (ex.: 1, 2, 3, 4, 5, 6...).

S: número da sessão (de 1 a 20).

F: fases da pesquisa (Fase A= 1; Fase B1= 2; Fase C1=3; Fase B2= 4; Fase C2=5).

P: participantes (Roberta=1 e Vinícius=2).

T SMCCIT: corresponde ao eixo verbal vocal da terapeuta do Sistema multidimensional de categorização dos comportamentos da interação terapêutica (EMP= 1; FAC= 2; SRE= 3; INF= 4; INT= 5; REC= 6; REP= 7; APR= 8; SRF= 9).

FAP/Out: corresponde à modelagem de comportamentos em sessão (FAP=1) ou de comportamentos ocorridos fora do contexto da relação terapêutica (Out=2).

T FAPRS: corresponde ao eixo da escala de categorização da Psicoterapia Analítica Funcional para a Terapeuta (Regra 1= 1; Regra 1-p= 2; Regra 2= 3; Regra 3-1= 4; Regra 3-2= 5; Regra 3-IN= 6; Regra 4= 7; Regra 5= 8).

C SMCCIT: corresponde ao eixo verbal vocal dos clientes do Sistema multidimensional de categorização dos comportamentos da interação terapêutica (REL= 1; MET= 2; MEL= 3; OPO= 4; SOL= 5; CER= 6; CON= 7). Neste eixo, a categoria oposição (OPO) foi dividida em doze subcategorias, a saber: queixas da terapia= 41; descontentamento= 42; contradição= 43; sentimentos negativos= 44; ironia= 45; incredulidade= 46; interrupção= 47; ameaças= 48; recusas= 49; desvios de assunto= 410; não seguimento= 411 e recusas de elogios= 412.

Classe A: comportamento clinicamente relevante 1 (verborragia= 1) e 2 (diálogo= 2).

Classe B: comportamento clinicamente relevante 1 (falar sem correspondência com a fala da terapeuta= 1) e 2 (falar com correspondência com a fala da terapeuta= 2).

Classe C: comportamento clinicamente relevante 1 (falar superficialmente= 1) e 2 (autorrevelação= 2).

Classe D: comportamento opositor (queixas da terapia= 41; descontentamento= 42; contradição= 43; sentimentos negativos= 44; ironia= 45; incredulidade= 46;

interrupção= 47; ameaças= 48; recusas= 49; desvios de assunto= 410; não seguimento= 411 e recusas de elogios= 412).

CCR3: comportamento clinicamente relevante, que consiste nas análises funcionais feitas pelo cliente sobre o seu comportamento (ausência= 0; CCR3= 1).

A partir desta organização dos dados, a frequência absoluta e relativa de cada categoria e de cada eixo foi calculada.

Concordância entre observadores

Inicialmente, o juiz assinou o Termo de Responsabilidade para garantir o sigilo das informações (Anexo 4). Em seguida, o juiz conversou com a terapeuta-pesquisadora sobre as conceituações dos casos clínicos (ver Anexo 3) e se familiarizou com as definições das categorias pré-definidas do presente estudo. O juiz, então, recebeu a transcrição da sessão de terapia de número 169 da cliente Roberta e a categorizou utilizando o Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica e a Escala de avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS). Ao término da categorização pelo juiz, que foi realizada de forma isolada, uma discussão foi feita a fim de esclarecer dúvidas que apareceram ao longo desse processo. Algumas alterações ocorreram após esta conversa e, ao final do processo, a concordância foi calculada da seguinte maneira:

O índice *Kappa* foi calculado por um estatístico com a fórmula:
$$x = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$
, onde P_o é a proporção de concordância observada e P_e é a proporção esperada de concordância ao acaso. O numerador da equação é a diferença entre a concordância real entre observadores e a concordância ao acaso esperada, enquanto o denominador indica a total diferença possível entre a concordância entre observadores e a concordância ao acaso esperada (Zamignani, 2007). Outro índice utilizado foi o índice de percentual de concordância, que consiste no percentual de vezes em que dois observadores concordam com a ocorrência e não ocorrência dos comportamentos de interesse. É calculado a partir da divisão entre o número de concordâncias pela soma do total de concordâncias e discordâncias, multiplicada por 100.

A Tabela 6 apresenta os índices de concordância e o índice *Kappa* para os comportamentos da cliente Roberta e terapeuta, da sessão 169 (sessão sorteada).

Tabela 6. Índice de concordância e índice *Kappa* da sessão de número 169 para a cliente Roberta.

Índice de concordância		<i>Kappa</i>
FAPRS		
Cliente	0,88	0,68
Terapeuta	0,93	0,79
SMCCIT		
Cliente	0,94	0,73
Terapeuta	0,97	0,84

Como observado na Tabela 6, os índices *Kappa* se mostraram satisfatórios, uma vez que esse coeficiente considera um bom índice aquele próximo ou superior a 0,60. Segundo Kazdin (1982), a concordância entre observadores é de extrema importância para a pesquisa aplicada, uma vez que 1) garante a consistência entre os observadores, 2) diminui os possíveis vieses do observador (neste caso, a terapeuta-pesquisadora) e, 3) aponta para uma boa operacionalização dos comportamentos de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados a seguir foram obtidos em decorrência da análise de 40 sessões, sendo 20 sessões de cada cliente participante. Considerando um total de 10.771 unidades de análises, ou seja, falas da terapeuta (T) e dos clientes (C) emitidas nas 40 sessões de psicoterapia, 6.564 (T= 3287 e C= 3277) foram nas sessões da cliente Roberta e 4.207 foram nas sessões do cliente Vinícius (T= 2108 e C= 2099). Uma vez que a coleta de dados se iniciou após alguns anos de terapia, as sessões analisadas foram as de número 165 a 185 para a cliente Roberta e as de número 78 a 98 para o cliente Vinícius. De acordo com o planejamento experimental, o número de sessões foi

igual para ambos os clientes (quatro sessões) com exceção da fase B1 (cinco) e C2 (três) para Roberta (ver Tabela 5).

Os resultados são apresentados respeitando a seguinte ordem: (1) dados gerais obtidos da categorização das sessões pelo Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (SMCCIT); (2) dados obtidos de acordo com as fases do delineamento experimental do SMCCIT e da Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS).

Dados do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (SMCCIT; Zamignani, 2007)

De acordo com Zamignani (2007), este sistema foi desenvolvido para ser empregado no estudo de pesquisas de processo, uma vez que permite categorizar o comportamento do terapeuta e do cliente durante a interação que ocorre em sessão. Este sistema também foi criado a partir dos estudos sobre categorização encontrados na literatura e tem sido amplamente utilizado para descrever o processo terapêutico, se mostrando sensível e preciso na descrição da interação terapêutica.

A Figura 2 apresenta a distribuição das porcentagens de ocorrências das categorias e a porcentagem de palavras da terapeuta (medida indireta de duração da fala) no sistema SMCCIT ao longo das 20 sessões com a cliente Roberta e com o cliente Vinícius.

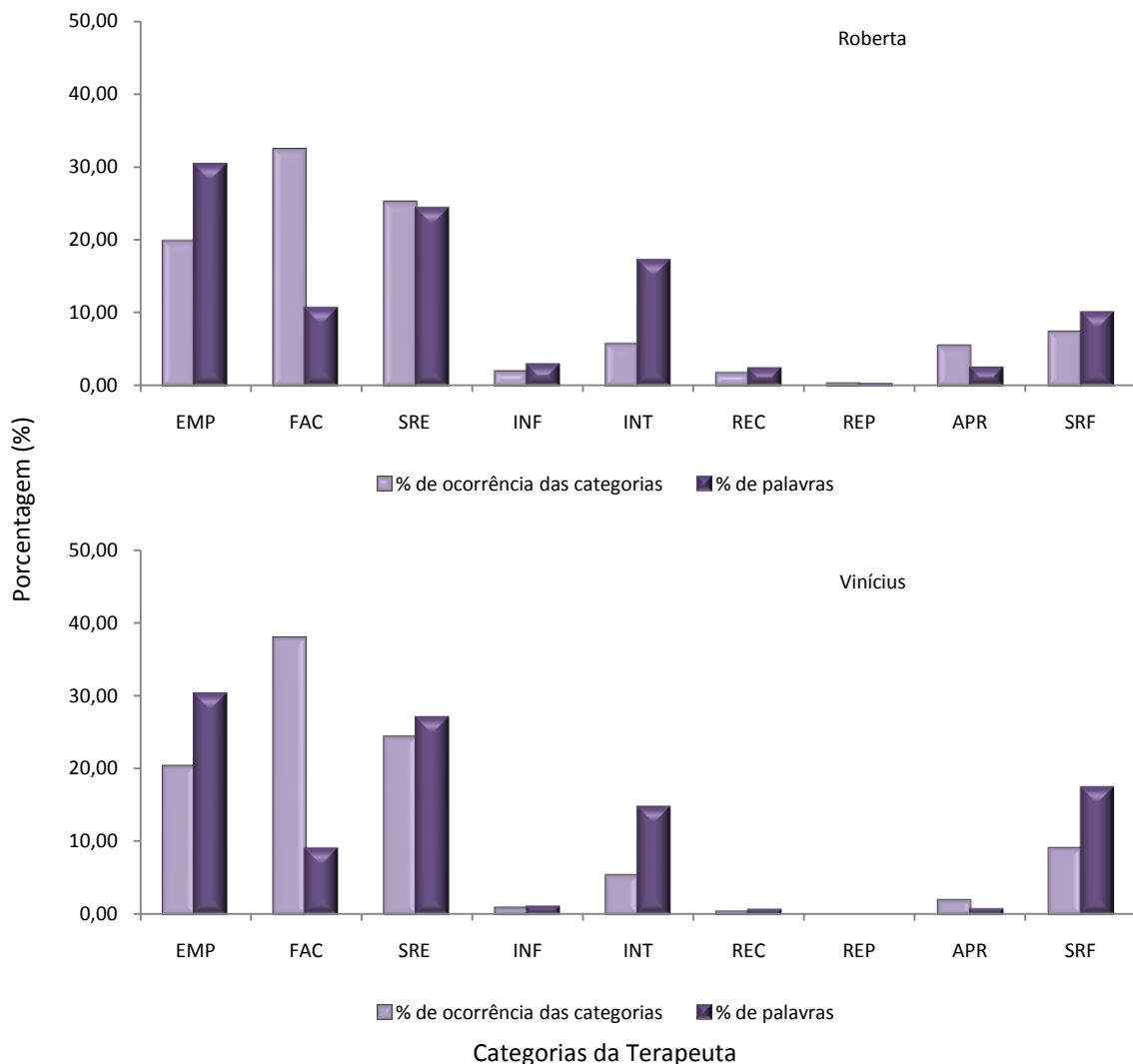


Figura 3. Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras da terapeuta do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica das 20 sessões da cliente Roberta (painel superior) e do cliente Vinícius (painel inferior). Legenda: EMP, empatia; FAC, facilitação; SRE, solicitação de relato; INF, informação; INT, interpretação; REC, recomendação; REP, reprovação; APR, aprovação e SRF, solicitação de reflexão.

As categorias da terapeuta de maior frequência para ambos os clientes foram a Facilitação (FAC: 37,82%, Roberta e 32,26%, Vinícius), seguida por Empatia (EMP: 20,23%, Roberta e 19,69%, Vinícius), Solicitação de relato (SRE: 24,22%, Roberta e 25,05%, Vinícius), Solicitação de reflexão (SRF: 8,97%, Roberta e 7,91%, Vinícius) e Interpretação (INT: 5,26%, Roberta e 5,60%, Vinícius). Apenas para o cliente Vinícius (painel inferior) a categoria Aprovação ocorreu com maior frequência (APR: 5,41%) o que contrasta com a porcentagem desta categoria para Roberta (1,86%). As categorias

com menor frequência para Roberta e Vinícius foram Informação (INF: 0,79% e 1,90%, respectivamente) e Recomendação (REC: 0,24% e 1,66%, respectivamente). Para Roberta, a categoria Reprovação não ocorreu, enquanto que para o Vinícius, a porcentagem foi baixa (0,19%).

Uma medida indireta de duração, ou seja, a porcentagem de palavras emitidas em uma verbalização pela terapeuta foi tomada na tentativa de dimensionar de forma mais precisa os aspectos da interação terapêutica identificados por esse sistema. Segundo Zamignani (2007), a utilização apenas da frequência para determinadas categorias poderia colocar em um mesmo nível de análise desde verbalizações mínimas tais como as que ocorrem na Facilitação ("hum hum"; "sei"; "tá") até longos segmentos de verbalização nos quais um evento é relatado ou analisado (por exemplo, na categoria Interpretação). Nota-se na Figura 3 que na categoria Facilitação, embora em alta frequência para ambos os clientes (32 e 38%, respectivamente), ela correspondeu a um período mínimo de interação (a 10,57% para Roberta e 8,93% para Vinícius). No entanto, o inverso ocorreu com a Empatia. Observa-se que esta categoria apresentava frequência elevada (ambos 20%) além de uma alta porcentagem de palavras: 30,31% para Roberta e 30,14% para Vinícius. Outra categoria que se destaca é a Interpretação, para ambos os clientes, porque ela apresenta uma porcentagem maior de palavras e, conseqüentemente, tem maior duração (17,15% para Roberta e 14,62% para Vinícius, enquanto que a frequência relativa foi de 7 e 6%).

É importante observar que o padrão do responder da terapeuta foi muito semelhante para ambos os clientes, com exceção da categoria Aprovação (APR). A cliente Roberta geralmente apresentava comportamentos opostos (falas agressivas e irônicas) diante de aprovações emitidas pela terapeuta. Com relação ao cliente Vinícius, a aprovação da terapeuta se seguia geralmente a algum tipo de análise a respeito das variáveis controladoras de seu comportamento e tinha como função reassurá-lo de que ele estava "no caminho certo".

A literatura aponta que clientes com o diagnóstico de transtorno de personalidade não respondem bem a intervenções mais diretivas (neste caso, aprovação, recomendação e informação) e podem apresentar comportamentos opostos com maior frequência em resposta a este tipo de intervenção (Castonguay

& Beutler, 2006; Linehan, 2010; Rush & Shaw, 1983). De acordo com Beck e Freeman (1993), esses indivíduos são mais reativos às questões de controle e, quando o terapeuta é mais diretivo, as sessões podem se transformar em uma "luta de poder", o que prejudica o andamento da terapia. Assim, no caso de Roberta as informações da literatura sobre transtorno de personalidade *borderline* podem ter controlado a emissão de intervenções menos diretivas pela terapeuta, justificando a baixa frequência. No caso de Vinícius, embora não se dispusesse de um diagnóstico, as dificuldades de relacionamento interpessoal em sessão eram muito semelhantes. O comportamento da terapeuta também pode ter sido modelado ao longo do processo de terapia de forma similar ao que a literatura indica, porque o início do procedimento da presente pesquisa se deu na sessão de número 165 (Roberta) e 78 (Vinícius).

No banco de dados criado após a análise e sistematização de 626 sessões de psicoterapia de 17 pesquisas brasileiras (estudo de Meyer, 2009), a frequência média da categoria Aprovação foi de 8,3%, índice superior ao do presente trabalho. Já no trabalho de Rocha (2008) com menores infratores, esta categoria se mostrou em baixa frequência (3%), o que também sugere que intervenções diretivas não são reforçadas por este tipo de população. Rocha (2008) observou que diante da emissão de Aprovação, os clientes se mostravam mais resistentes ao processo terapêutico emitindo comportamentos opositores. Com relação às outras categorias que equivalem a intervenções diretivas, Recomendação (REC) e Informação (INF), o banco de dados apresentou uma média percentual de 10% e 9,7%, respectivamente, dados não replicados no presente estudo. Entretanto, no estudo de Sadi (2011), com uma participante *borderline*, a terapeuta também apresentou baixos índices de Recomendação (1,2%) e Informação (5%), dados semelhante aos encontrados na nesta pesquisa.

A alta frequência das categorias de Empatia (20,23%, Roberta e 19,69%, Vinícius) e de Facilitação (37,82%, Roberta e 32,26%, Vinícius) merece destaque. No banco de dados de Meyer (2009) as porcentagens médias ficaram em torno de 8,7% para Empatia e 12% para Facilitação, índices muito diferentes dos apresentados nesta pesquisa. Algumas hipóteses emergiram após a análise desses dados: 1) mesmo depois de anos de terapia, ambos os clientes poderiam estar emitindo comportamentos

opositores em sessão e a terapeuta precisou "recheiar" suas falas de autoclíticos com a função de diminuir a probabilidade de emissão de respostas opositoras, além de 2) ser uma tentativa para que Roberta e Vinícius aceitassem as intervenções terapêuticas, tais como as interpretações. Contudo, os dados de duração da categoria Oposição apontam para uma pequena porcentagem de tempo (ver Figura 3), além de baixa frequência.

Sadi (2011), também esperava que esta categoria ocorresse em alta frequência na sua pesquisa, mas ela obteve apenas 2,69%, dado que foi justificado pela autora pela baixa frequência de outras categorias da terapeuta (solicitação de reflexão, interpretação e reprovação). A segunda hipótese é fortalecida pela medida da duração da categoria Empatia, que apresentou duração maior do que a frequência (duração em torno de 30% e frequência em torno de 20%, para ambos os clientes). Esses dados corroboram com os resultados do estudo de Sadi (2011) que também encontrou uma alta frequência de ambas as categorias (Facilitação com 41% e Empatia com 15,7%). A semelhança entre a presente pesquisa e a de Sadi (2011) é o tipo de cliente que participou dos estudos; todos com transtornos de personalidade.

Vale ressaltar que a empatia é necessária para o estabelecimento da relação terapêutica e pode facilitar a aplicação de procedimentos, mas não é considerada suficiente para produzir mudanças comportamentais por autores da FAP como Baruch, Kanter, Busch, Plummer, Tsai, Rusch, Landes e Holman (2009). Entretanto, as categorias Interpretação (INT) e Solicitação de reflexão (SRF), de acordo com Zamignani (2007), são categorias que produzem mudanças no processo terapêutico, juntamente com as categorias de Recomendação (REC, pouco frequente para ambos os clientes) e de Aprovação (APR).

A Figura 4 mostra a frequência e a duração (porcentagem) das categorias dos clientes obtidas nas 20 sessões de psicoterapia. No painel superior são apresentados os dados da Roberta e no painel inferior os dados do Vinícius.

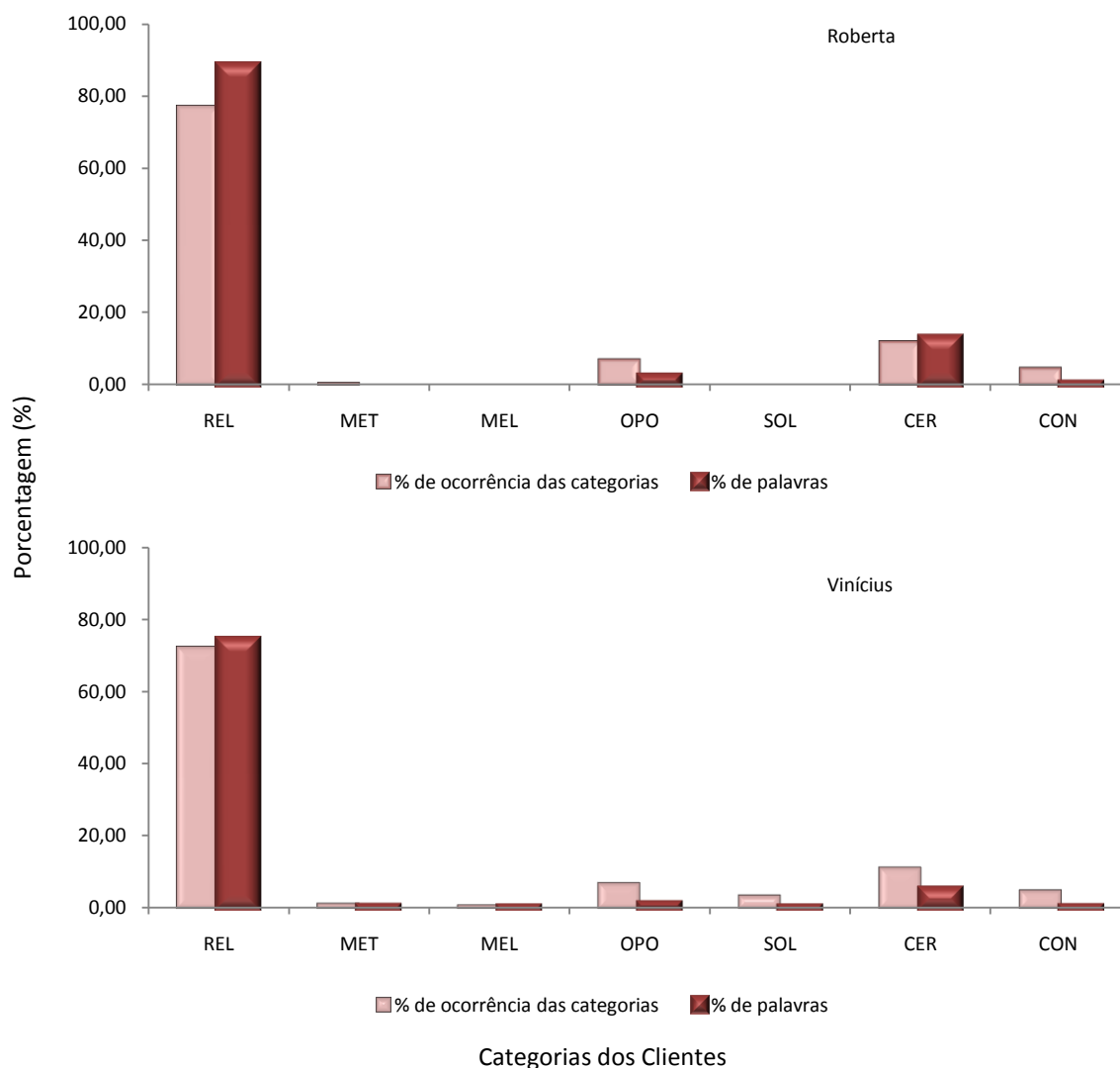


Figura 4. Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras dos clientes do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica das 20 sessões da cliente Roberta (painel superior) e do cliente Vinícius (painel inferior). Legenda: REL, relato; MET, metas; MEL, melhoras; OPO, oposições; SOL, solicitação; CER, estabelecimento de relações entre eventos e CON, concordância.

Na Figura 4 observa-se que ambos os clientes apresentaram padrões semelhantes na frequência das categorias do Sistema Multidimensional (SMCCIT). A categoria de maior frequência foi a de Relato (REL) com 76,81% para a cliente Roberta e 72,08% para o cliente Vinícius. Em seguida, a categoria Estabelecimento de relações entre eventos (CER) com 11,41% e 11,01% para Roberta e Vinícius, respectivamente. A Oposição (OPO) e a Concordância (CON) apresentaram, respectivamente, porcentagens de 6,56% (Roberta) e 6,62 (Vinícius) e 4,30% (Roberta) e 4,67% (Vinícius). O participante Vinícius apresentou uma porcentagem maior na categoria de Solicitação (SOL, 3,24%) quando comparado com Roberta (0,06%). As categorias de menor

frequência foram as de Metas (MET, 0,95%) e Melhoras (MEL, 0,52%) para Vinícius e Metas para Roberta (0,24%), uma vez que a categoria Melhoras não ocorreu nas sessões dela.

Com relação à duração das categorias, a categoria Relato teve maior duração para ambos os clientes, ou seja, 88,3% para Roberta e 74,29% para Vinícius. A categoria Oposição não se mostrou com alta duração (2,34% para Roberta e 1,15% para Vinícius). A categoria Estabelecimento de relação entre eventos (CER) apresentou uma baixa duração quando comparada à frequência relativa para o cliente Vinícius (5,13%). Já para Roberta foi o inverso: a duração foi maior do que a frequência relativa para Estabelecimento de relação entre eventos (13,7% e 11,41%, respectivamente).

As porcentagens das categorias Estabelecimento de relações entre eventos (CER), Metas (MET) e Melhoras (MEL) apresentadas na Figura 4 chamam a atenção. A primeira categoria, CER, apresenta uma porcentagem alta enquanto que as outras apresentam porcentagem muito baixa para ambos os clientes. A partir desses dados, é possível inferir que estava ocorrendo a modelagem de repertório de auto-descrição dos clientes, uma vez que, ao estabelecer relação entre eventos o cliente aprende a descrever as variáveis controladoras de seu comportamento. Se observarmos a Figura 3, a terapeuta também apresentou alta frequência de Solicitação de reflexão, categoria que auxilia o cliente a estabelecer relações. Com relação às outras categorias, Metas e Melhoras, a baixa porcentagem indica a dificuldade desses clientes de reconhecerem quais seriam as metas para o futuro e quais seriam os comportamentos de melhora que produziriam outros reforçadores para eles. Geralmente, o cliente relata sobre suas metas e melhoras quando sabe descrever quais são as possíveis fontes de reforçamento que estariam indisponíveis ou pouco frequentes no momento, além de saber descrever quais seriam os comportamentos que ele deveria emitir para alcançar e/ou produzir tais fontes (Sturmey, 1996). No caso dos dois clientes desta pesquisa, problemas de desenvolvimento do *self* se faziam presentes. Segundo Kohlenberg e Tsai (1999), a gravidade dos problemas do *self* está baseada no grau de controle privado da unidade funcional "eu". Assim, o *self* é construído a partir do treino discriminativo entre os estímulos encobertos que acompanham a resposta verbal "eu", ou seja, a comunidade verbal traz ao controle

privado uma ampla gama de respostas "Eu x". Quando este treino falha, as dificuldades em se auto-descrever ficam evidentes, o cliente fica pouco sob controle de estímulos privados e mais sob controle de estímulos externos (controle público), ou seja, o outro será a referência para o que o cliente sente ou quer. Assim, esta foi uma hipótese levantada para explicar tais dados (baixa frequência de Metas e Melhoras), além de sugerir a ocorrência da modelagem de auto-descrições, um dos objetivos de intervenção para clientes com problemas de *self*.

É interessante comparar os resultados acima com os da pesquisa de Sadi (2011), pois eles também foram muito semelhantes. Como citado anteriormente, a pesquisa mencionada se realizou com uma participante *borderline* e as categorias mais frequentes também foram Relato (69,03%) e Estabelecimento de relações entre eventos (17,69%) e dentre as menos frequentes encontram-se as categorias de Metas (0%) e Melhoras (0,44%), provavelmente devido às mesmas hipóteses.

Outro ponto relevante a ser discutido é a semelhança entre padrões de comportamentos de ambos os clientes ao longo da terapia. Por que essas semelhanças ocorreram? A cliente Roberta apresentava um diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* e Vinícius não tinha um diagnóstico psiquiátrico formal durante toda a terapia. Vinícius poderia também apresentar diagnóstico semelhante? Foi somente após o término da coleta de dados que a terapeuta-pesquisadora conseguiu marcar uma sessão com a mãe e ela revelou que Vinícius havia recebido um diagnóstico de esquizofrenia na adolescência, momento crítico para a família. Nesta época, o cliente havia suspenso a escola, ficava trancado em casa sem contato com pessoas e se recusava a tomar a medicação psiquiátrica (Haldol®). Foi diante dessas circunstâncias que Vinícius iniciou a terapia com a pesquisadora. Esta informação não foi revelada antes porque Vinícius "proibia" os pais de falarem do assunto com a terapeuta e, ele não relatou na triagem ou até mesmo no decorrer do processo terapêutico. Para ambos os clientes, havia a existência de comorbidades do Eixo I com Eixo II, uma característica de cliente difícil (Newman, 2007).

Embora pudesse haver a existência de diagnósticos psiquiátricos, o que ocorria em sessão entre a terapeuta e os clientes se mostrou relevante, dado que corrobora com as descrições da literatura sobre clientes considerados difíceis (Beck & Freeman,

1993; Leahy, 2002; Newman, 2007). A elevada frequência e duração da categoria Relato (REL) para ambos os clientes evidenciada pela Figura 4 merece destaque. No caso de Roberta, desde o início da terapia em março de 2006 foi identificada uma classe de respostas que incluía falar de forma superficial e verborrágica durante a sessão. Vinícius no início de terapia apresentava um relato muito confuso, com ausência de uma ordem lógica de encadeamento de ideias e principalmente uma fala superficial. Ao longo do processo terapêutico, esses comportamentos dificultavam o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, uma vez que a terapeuta não conseguia se constituir como uma audiência. Diante desse cenário, a terapia poderia ser afetada negativamente, uma vez que os estudos sobre a relação terapêutica apontam que a qualidade desta relação pode ser um dos importantes preditores de sucesso da terapia e que, além de facilitadora para aplicação de procedimentos, é uma estratégia e instância de mudança comportamental (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991; Meyer & Vermes, 2001; Rosenfarb, 1992).

Tornou-se necessário então identificar possíveis variáveis de controle desses comportamentos e hipóteses funcionais foram levantadas. Verificou-se que estas respostas se mantinham por se constituírem em uma maneira da cliente Roberta se esquivar de falar sobre assuntos mais aversivos e/ou controlar o assunto conversado na sessão e, no caso do Vinícius, falar superficialmente tinha função de esquiva de falar sobre temas aversivos e de entrar em contato com os respondentes que os acompanhavam. De certa forma, ambos os clientes se esquivavam de estabelecer uma relação de intimidade com a terapeuta, ou seja, uma relação na qual eles poderiam se tornar vulneráveis.

Segundo Cordova e Scott (2001), a expressão de vulnerabilidade envolveria a emissão de comportamentos que foram associados anteriormente com contingências de punição, mas, em um contexto de intimidade (neste caso, o próprio contexto da terapia), a resposta emitida não seria punida e sim reforçada. De acordo com esses autores um indicativo de intimidade seria o compartilhar pensamentos e sentimentos privados, ou seja, a autorrevelação (falar de eventos que envolvem alguma demonstração de vulnerabilidade interpessoal). Para isso, seria essencial engajar-se na emissão de comportamento vulnerável para o estabelecimento e manutenção de um

relacionamento íntimo, mesmo considerando que seja impossível evitar eventos em que o comportamento vulnerável não seja punido (Cordova & Scott, 2001).

Diante dessas dificuldades iniciais com ambos os clientes, alguns questionamentos surgiram sobre formas da terapeuta se constituir como uma audiência não punitiva, característica essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica apontada por Skinner em 1953, e possíveis intervenções efetivas. Assim, uma das intervenções mais efetivas para a diminuição desta classe de respostas durante os anos de terapia foi o reforçamento diferencial de outros comportamentos (DRO), alternativa sugerida por Catania (1999) em substituição ao procedimento de extinção. No processo de extinção ocorre a variabilidade no responder e, no caso de ambos os clientes, a probabilidade de surgir comportamentos indesejados era alta, enquanto que no DRO a terapeuta poderia reforçar diferencialmente qualquer resposta alternativa àquela que deveria diminuir de frequência (Catania, 1999; Ferster et al. 1979). Portanto, foram evitadas intervenções mais aversivas (neste caso, o bloqueio de esquiva) que poderiam produzir oposições dos clientes. Justifica-se assim, a alta porcentagem de relato para ambos os clientes, ou seja, além de se constituírem uma classe de comportamento-problema, também eram necessários para que o reforçamento diferencial pudesse ser aplicado.

Com relação às respostas opositoras/agressivas da cliente Roberta que durante a fase da coleta de dados apresentou 6,56% de comportamentos de intimidar, xingar e discutir, concluiu-se que estes eram mantidos pela consequência de afastar pessoas e a hipótese levantada era de que as relações interpessoais eram uma fonte de sofrimento emocional. Assim, corroborando com os dados da literatura sobre clientes *borderlines*, a esquiva de intimidade se fez presente ao longo de todo o processo terapêutico, embora com frequências e duração menores quando comparadas ao início de terapia. Esse dado fortalece os comentários de Beck e Freeman (1993):

uma vez que o *borderline* tenha descoberto, mediante penosas experiências, que pode ser muito perigoso confiar em outras pessoas, e percebe que a relação terapeuta-cliente é uma relação na qual por vezes estará muito vulnerável, raramente é produtivo tentar estabelecer a confiança através de persuasão, argumentação, ou apontando para as credenciais (...). A confiança é mais eficazmente estabelecida mediante o reconhecimento e aceitação explícitos da dificuldade do cliente de confiar no terapeuta (...). (p.145-146).

Vinícius também apresentou índices semelhantes aos de Roberta, 6,62% de oposições, embora a duração tenha sido baixa (1,15%), no decorrer das vinte sessões de coleta de dados. Com esse cliente, o comportamento de intimidar era o mais frequente e tinha função de esquiva de relacionamentos interpessoais nos quais ele se percebesse vulnerável. O problema era que, no início da terapia, uma Solicitação de relato da terapeuta sobre um tema que aparentemente não geraria desconforto ("*como foi a sua semana?; "você gosta de que tipo de música?"*"), produzia no cliente grande intimidação e ele resmungava "*ela está me acuando*". Em momentos de maior intimidade ele corroborava a função de esquiva ao dar permissão para ser invadido: "*Ok, vá em frente. Você pode me invadir agora*".

Como a categoria Oposição (OPO) era uma das variáveis dependentes do presente estudo, se tornou necessário verificar que tipo de oposição ocorria ao longo das sessões de terapia. Haveria alguma diferença importante? Assim, a Tabela 7 apresenta com maior detalhe esta categoria que está dividida em doze subcategorias propostas pelo Sistema multidimensional (SMCCIT) para os clientes Roberta, coluna cinza e cliente Vinícius, última coluna da direita.

Tabela 7. Frequência absoluta e porcentagem das subcategorias da Oposição para os clientes Roberta (coluna cinza) e Vinícius (última coluna) no conjunto das 20 sessões.

Oposição Subcategorias	Roberta		Vinícius	
	N	%	N.	%
Queixas sobre a terapia (QT)	12	5,58	26	18,71
Descontentamento (DES)	0	0,00	3	2,16
Contradição (COT)	0	0,00	0	0,00
Sentimentos negativos (SNG)	0	0,00	2	1,44
Ironia (I)	49	22,79	21	15,11
Incredulidade (ICR)	0	0,00	0	0,00
Interrupção (PEI)	1	0,47	13	9,35
Ameaças (AME)	4	1,86	0	0,00
Recusas (RE)	20	9,30	0	0,00
Desvios assunto (DVA)	129	60,00	72	51,80
Não seguimento (NS)	0	0,00	0	0,00
Recusas elogios (RE)	0	0,00	2	1,44
TOTAL	215	100,0	139	100,0

De acordo com a Tabela 7, a cliente Roberta apresentou um número maior de ocorrências de oposição (215) em relação ao cliente Vinícius (139). A subcategoria mais frequente para Roberta e Vinícius foi Desvios de assunto com 60% e 51,8%, respectivamente. Em seguida, as subcategorias mais frequentes para Roberta foram Ironia (22,79%), Recusas (9,30%) e Queixas sobre a terapia (5,58%). Para o cliente Vinícius, as subcategorias que se seguiram com maior frequência foram Queixas sobre a terapia (18,71%), Ironia dirigida à terapeuta (15,11%) e Pedidos de interrupção (9,35%). Com relação às subcategorias de menor frequência, os dados variaram entre os participantes. Para Roberta apenas duas se mostraram presentes: Ameaças (1,86%) e Pedido de interrupção (0,47%). Vinícius apresentou três subcategorias de menor frequência: Relatos de sentimentos negativos e Recusas de elogios, ambas com 1,44% e Relatos de Descontentamento (2,16%).

É importante salientar que a subcategoria Desvios de assunto difere da outra categoria Falar sem correspondência com a fala do terapeuta, uma vez que a primeira consiste em verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de relato por parte do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado e, a segunda, é quando o cliente continua relatando com ausência de correspondência com o comentário e/ou solicitação de relato da terapeuta, reagindo pouco aos comentários feitos pela terapeuta ou respondendo rapidamente, ou seja, a terapeuta não consegue interromper o cliente enquanto ele relata e não consegue introduzir outro tema. Como observado na Tabela 7 a categoria Desvio de assunto apresentou altos índices para ambos os clientes (Roberta: 60% e Vinícius: 51,8%), o que indica uma possível medida de melhora, embora seja uma subcategoria de Oposição. Isso se deve ao fato de que esses clientes, no início da terapia, emitiam em alta frequência as outras subcategorias da oposição (por exemplo, ironia, descontentamento, sentimentos negativos, ameaças) e o desvio de assunto pode ser considerado, nesta etapa de terapia, uma forma mais adequada de esquiva de assuntos aversivos.

O fato de a categoria de Oposição (OPO) não estar entre as mais frequentes também sugere uma mudança de comportamento produzida pelo processo terapêutico, pois a emissão de comportamentos agressivos e de intimidação predominava tanto no repertório de Roberta quanto no de Vinícius no início da

terapia, anos atrás. Exemplos de Ironia da cliente Roberta (CR) e cliente Vinícius (CV), respectivamente:

(1) CR.: *"Hoje estou particularmente irritada e mal humorada, coloquei a bota justamente para dar um chute na canela de alguém". (sorriso irônico).* Ironia emitida na primeira sessão de terapia, logo após a apresentação da terapeuta para o início do tratamento.

(2) CR.: *"Até parece que você vai me ajudar com isso" (tom de voz e sorriso irônico).* Ironia emitida após uma interpretação da terapeuta durante a fase da pesquisa.

(3) CV.: *"Você pensa que entende o que eu falo!" (tom de voz irônico).* Ironia emitida após uma interpretação da terapeuta durante a fase da pesquisa.

(4) CV.: *"Não adianta me falar essas coisas sobre as meninas. Você é tão perfeccionista e acha que sabe das coisas" (tom de voz e sorriso irônico).* Ironia ocorrida após uma recomendação da terapeuta.

A subcategoria de Recusa, isto é, quando o cliente se nega a falar a respeito de um tema solicitado pelo terapeuta ou se recusa a se engajar em algum exercício (Zamignani, 2007), apareceu como uma das mais frequentes para a cliente Roberta (9,30%). Esse dado expressa a dificuldade na interação com a cliente e corrobora com os dados da literatura sobre os possíveis efeitos de intervenções mais diretivas, uma vez que ela se negava a se engajar em alguma orientação dada pela terapeuta ou falar sobre algum sentimento/pensamento ocorrido no momento da sessão. Roberta enfatizava ao longo das sessões que ela não acreditava em mudanças comportamentais e, para que ela aceitasse com menos dificuldades algumas intervenções, a terapeuta precisava dizer que as orientações não eram para ela mudar de comportamento e sim, para ela *"adicionar ao repertório"*.

No caso do Vinícius, o dado que chama a atenção é a subcategoria de Pedidos de interrupção (9,35%). Como discutido anteriormente, quando o cliente se sentia "invadido" pela terapeuta, ele pedia para que ela interrompesse o que estava fazendo imediatamente. Apesar de esta categoria ser considerada um comportamento-problema nesta fase de terapia, também pode ser considerada uma melhora quando comparada ao início do tratamento. No primeiro ano, frente a uma demanda da

terapeuta (por exemplo, solicitação de relato sobre um tema difícil - relacionamento com pais), o cliente ficava calado, começava a passar mal fisicamente com sudorese excessiva, respiração curta, relatos de dores de estômago e ânsias, sangramento de nariz. O cliente apresentava grande dificuldade para pedir de forma adequada uma interrupção e se esquivar da possível demanda da terapeuta. De qualquer forma, a esquivia era uma das consequências mantenedoras desses comportamentos uma vez que a terapeuta não tinha opção, a não ser socorrê-lo (oferecer papel toalha, água) e interromper a sessão.

A seguir são apresentados os dados de ambos os sistemas de categorização (SMCCIT e FAPRS) distribuídos pelas fases do delineamento experimental.

Dados distribuídos por fases do delineamento experimental

A partir desta seção, os dados são apresentados utilizando a medida de frequência relativa, ou seja, da porcentagem de ocorrências das categorias. A frequência de respostas tem sido a medida por excelência para a maioria dos estudos em várias áreas de conhecimento e, na análise do comportamento, tem se mostrado bastante apropriada para representar o processo de aquisição de comportamentos (Johnston & Pennypacker, 1993; Sturmey, 1996). A frequência é um indicador a partir do qual é inferida a probabilidade de ocorrência de determinada classe de respostas e, conseqüentemente, o processo de fortalecimento ou enfraquecimento dessa classe (Sidman, 1960; Skinner, 1953).

O delineamento experimental consistiu em cinco etapas, com o seguinte arranjo experimental: A-B1-C1-B2-C2 (ver Figura 2, no Método). Portanto, ao considerar as fases do delineamento, as categorias da terapeuta do Sistema Multidimensional (SMCCIT) podem ser distribuídas de acordo com a Figura 5 e a Tabela 8.

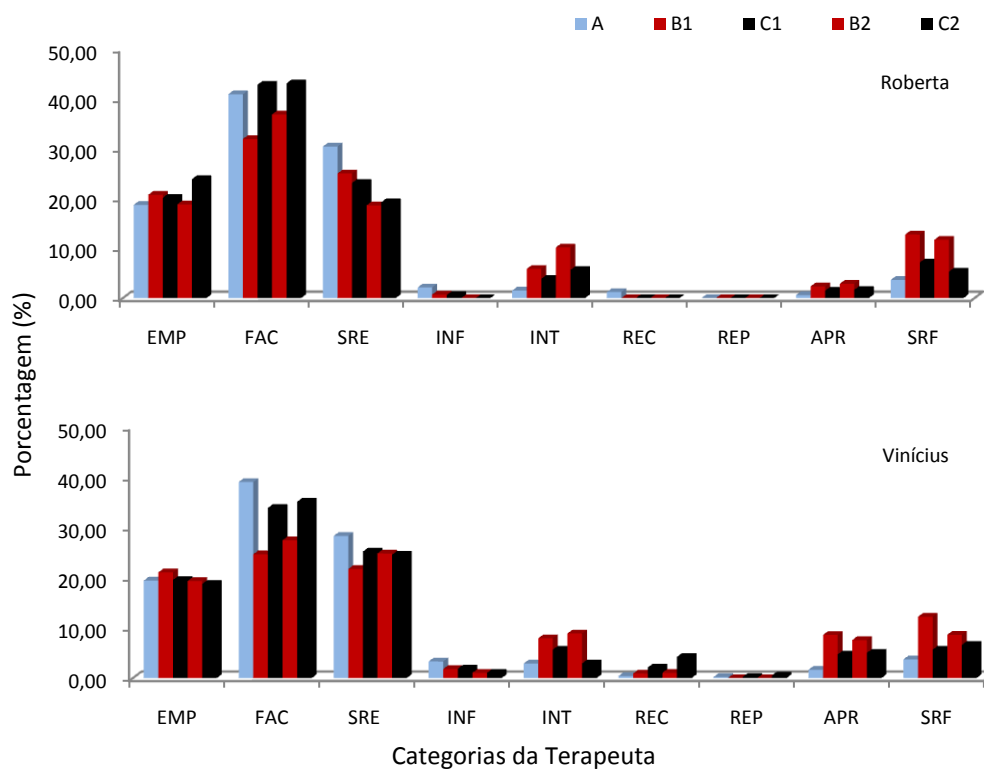


Figura 5. Frequência relativa das categorias da terapeuta do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica distribuídas ao longo das fases experimentais de ambos os clientes (Roberta, painel superior; Vinícius, painel inferior). Legenda: Fases experimentais: A= linha de base, B1 e B2= FAP, C1 e C2= retirada da FAP. Categorias: EMP= empatia; FAC= facilitação; SRE= solicitação de relato; INF= informação; INT= interpretação; REC= recomendação; REP= reprovação; APR= aprovação e SRF= solicitação de reflexão.

Tabela 8. Frequência absoluta e porcentagem das categorias da terapeuta do SMCCIT de acordo com as fases experimentais para Roberta (CR) e Vinícius (CV).

Clientes	Fases	Categorias do Cliente (SMCCIT)												
		EMP	FAC	SRE	INF	INT	REC	REP	APR	SRF	TOU	TOTAL		
CR	A	N	123	269	200	14	10	8	0	4	24	4	656	
		%	18,75	41,01	30,49	2,13	1,52	1,22	0,00	0,61	3,66	0,61	100,00	
	B1	N	237	365	286	8	67	0	0	27	146	5	1141	
		%	20,77	31,99	25,07	0,70	5,87	0,00	0,00	2,37	12,80	0,44	100,00	
	C1	N	135	287	155	4	26	0	0	10	48	4	669	
		%	20,18	42,90	23,17	0,60	3,89	0,00	0,00	1,49	7,17	0,60	100,00	
	B2	N	98	192	97	0	53	0	0	15	61	4	520	
		%	18,85	36,92	18,65	0,00	10,19	0,00	0,00	2,88	11,73	0,77	100,00	
	C2	N	72	130	58	0	17	0	0	5	16	3	301	
		%	23,92	43,19	19,27	0,00	5,65	0,00	0,00	1,66	5,32	1,00	100,00	
	CV	A	N	94	189	137	16	14	2	1	8	18	4	483
			%	19,46	39,13	28,36	3,31	2,90	0,41	0,21	1,66	3,73	0,83	100,00
B1		N	93	109	96	8	35	4	0	38	54	4	441	
		%	21,09	24,72	21,77	1,81	7,94	0,91	0,00	8,62	12,24	0,91	100,00	
C1		N	83	144	107	8	24	9	1	20	24	4	424	
		%	19,58	33,96	25,24	1,89	5,66	2,12	0,24	4,72	5,66	0,94	100,00	
B2		N	74	105	95	4	34	4	0	29	33	4	382	
		%	19,37	27,49	24,87	1,05	8,90	1,05	0,00	7,59	8,64	1,05	100,00	
C2		N	71	133	93	4	11	16	2	19	25	4	378	
		%	18,78	35,19	24,60	1,06	2,91	4,23	0,53	5,03	6,61	1,06	100,00	

Legenda: Fases experimentais: A= linha de base, B1= introdução da FAP, C1= retirada da FAP, B2= reintrodução da FAP e, C2= retirada da FAP. Categorias: EMP= empatia; FAC= facilitação; SRE= solicitação de relato; INF= informação; INT= interpretação; REC= recomendação; REP= reprovação; APR= aprovação, SRF= solicitação de reflexão e TOU= outras falas do terapeuta.

De acordo com a Figura 5 e a Tabela 8, as categorias de Empatia (EMP) e Facilitação (FAC) seguiram o mesmo padrão para ambos os clientes, ou seja, a empatia permaneceu sem alterações significativas ao longo das fases experimentais e a facilitação diminuiu de frequência nas fases nas quais a FAP foi introduzida (B1= 31,99%, B2= 36,92% para Roberta e B1=24,72%, B2=27,49% para Vinícius) e aumentou de frequência nas fases de retirada da FAP (C1= 42,09%, C2= 43,19% para Roberta e C1=33,96%, C2=35,19% para Vinícius). As alterações da categoria Facilitação sugerem que, na fase de retirada da FAP os clientes aumentaram as verbalizações verborrágicas, superficiais e sem correspondência e provavelmente, o inverso ocorreu na fase FAP (B1 e B2; este dado é fortalecido ao analisarmos as figuras subsequentes,

como por exemplo, a Figura 6), além de sugerir que na fase de retirada da FAP a terapeuta emitiu uma proporção menor de outras intervenções.

Com relação à categoria de Solicitação de relato (SRE), diferenças podem ser observadas entre os participantes da pesquisa. No painel superior (Roberta), é possível inferir que a diminuição de frequência ao longo das fases experimentais foi produto da passagem do tempo, enquanto que para o cliente Vinícius esta categoria não apresentou alterações significativas, apenas um pequeno decréscimo a partir da linha de base.

Três categorias da terapeuta apresentaram mudanças significativas relacionadas às fases experimentais; são elas: Interpretação (INT), Aprovação (APR) e Solicitação de reflexão (SRF) para os dois participantes. Para melhor visualização destes dados, a Figura 6 apresenta a distribuição da porcentagem destas categorias ao longo das fases experimentais para os dois participantes.

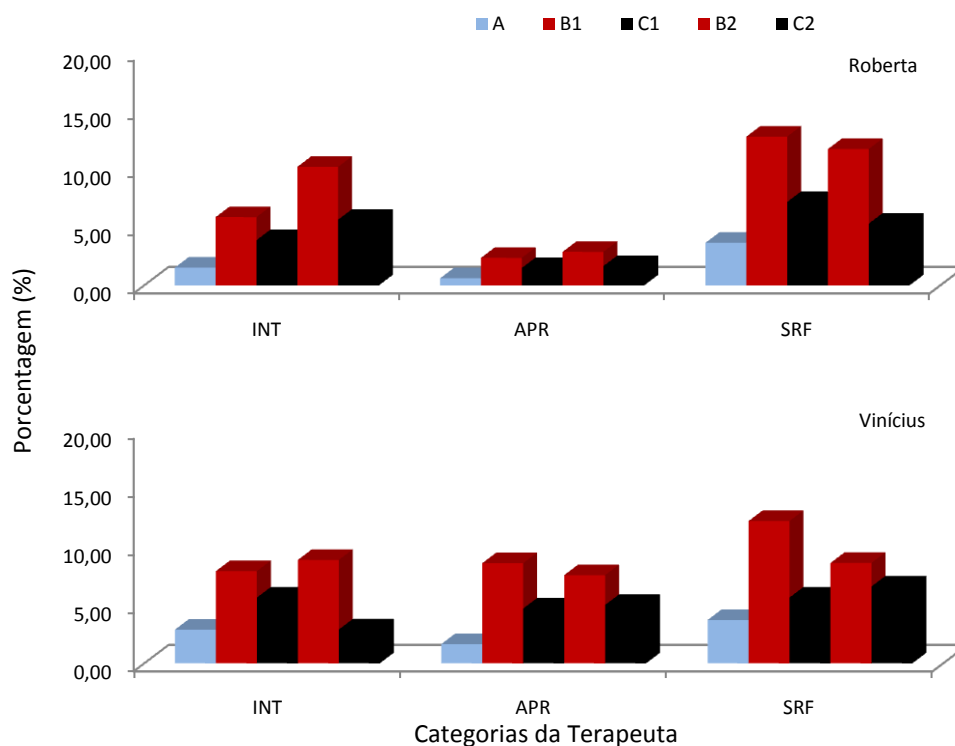


Figura 6. Distribuição das porcentagens das categorias de Interpretação (INT), Aprovação (APR) e Solicitação de reflexão (SRF) da terapeuta nas fases experimentais: A, linha de base (barra azul); B1 e B2, introdução da VI FAP (barra vermelha) e a retirada da VI FAP (barra preta) para os participantes Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior).

De acordo com a Figura 6 nota-se que na condição de linha de base (A, barra azul) as três categorias apresentavam porcentagem baixas para ambos os clientes, isto é, para Roberta e Vinícius a Interpretação mostrou porcentagens de 1,52% e 2,90%, a Aprovação de 0,61% e 1,66% e a Solicitação de reflexão de 3,66% e 3,73%, respectivamente. Nas fases de introdução da variável independente FAP (fases B1 e B2, barras vermelhas), diferenças importantes apareceram para ambos os clientes, ou seja, houve aumento da porcentagem das categorias Interpretação (5,87% e 10,19%, Roberta; 7,94% e 8,90%, Vinícius), Aprovação (2,37% e 2,88%, Roberta; 8,62% e 7,59%, Vinícius) e Solicitação de reflexão (12,80% e 11,73%, Roberta; 12,24% e 8,64%, Vinícius). Com relação às fases de retirada da FAP (C1 e C2, barras pretas), a diminuição da frequência das categorias fica evidente; para Roberta e Vinícius nas fases C1 e C2, respectivamente: Interpretação, 3,89% e 5,65%, 5,66% e 2,91%; Aprovação, 1,49% e 1,66%, 4,72% e 5,03%; Solicitação de Reflexão, 7,17% e 5,32%, 5,66% e 6,61%.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991), a FAP oferece uma explicação sobre o que o terapeuta precisa fazer para construir uma boa relação terapêutica e usá-la como um instrumento de mudança comportamental. Assim, o mecanismo de mudança está no responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem no contexto da relação terapêutica (Busch et al., 2010; Busch et al., 2008; Kanter et al., 2006; Kohlenberg et al., 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Os dados da Figura 6 evidenciam aspectos importantes do comportamento da terapeuta durante as fases de introdução da FAP; o aumento das três categorias (Interpretação, Aprovação, Solicitação de reflexão) sugere a participação ativa da terapeuta na modelagem dos CCRs. E, como discutido anteriormente, Zamignani (2007) afirma que as categorias de Interpretação, Aprovação, Solicitação de reflexão e Recomendação são categorias que produzem mudanças psicoterápicas.

De acordo com as cinco regras da FAP, que concentram os comportamentos do terapeuta, a Regra 5 (interpretações das variáveis que afetam o comportamento do cliente) é consistente com a categoria Interpretação do Sistema Multidimensional (SMCCIT). Ao considerar as definições desse Sistema para esta categoria e ao analisar

as categorizações correspondentes, notou-se que as interpretações eram predominantemente o uso de analogias explicativas, ou seja, a terapeuta utilizou de descrições sobre padrões de interação do cliente com a terapeuta por meio de apresentação de situações semelhantes ocorridas fora do contexto terapêutico, o que condiz com os paralelos que o terapeuta pode fazer entre o que ocorre em sessão e os comportamentos do cotidiano (Tsai, Kohlenberg, Kanter & Waltz, 2009). Um dos aspectos relevantes no uso da Regra 5 está na hipótese de que as interpretações favorecem a construção de regras mais efetivas e precisas ao ambiente natural (Zettle & Hayes, 1982), ampliam o contato do cliente com as variáveis de controle do comportamento, além de favorecer a generalização, uma vez que o terapeuta relaciona as variáveis de controle que ocorrem fora da sessão àquelas que ocorrem no contexto da relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Abaixo segue um exemplo:

(1) Cliente Roberta:

T.: "Veja, R. quando você fala das suas muitas teorias eu acabo me sentindo um pouco frustrada, porque é como se você não me escutasse. Será que acontece isso também com seus filhos quando você fala assim, principalmente com o A.?" (Regra 5-P, terapeuta avalia generalização via paralelo entre o que ocorre dentro da sessão e no cotidiano da cliente).

(2) Cliente Vinícius:

T.: "V., sinceramente, eu não gosto quando você me olha desse jeito. Parece que você tenta...que você tenta me intimidar, fazer com que eu pare de falar essas coisas. Eu fico imaginando se você não acaba fazendo isso com a D., ou simplesmente quando as pessoas do cursinho se aproximam de você". (Regra 5-P, terapeuta avalia generalização via paralelo entre o que ocorre dentro da sessão e no cotidiano do cliente).

Ao analisarmos o aumento das porcentagens da categoria Aprovação (APR) para ambos os clientes em decorrência da introdução da FAP, foi possível correlacioná-la com a categoria Regra 3 da FAPRS, uma vez que esta categoria (Aprovação) pode ser considerada uma forma do terapeuta responder contingente e de forma eficaz ao comportamento clinicamente relevante. Tornou-se necessário avaliar se reforços

arbitrários foram utilizados. Uma propriedade muito bem conhecida do reforçamento está no fato de que quanto mais próximo das suas consequências (no tempo e lugar) um comportamento estiver, maiores serão os efeitos deste processo (Catania, 1999; Ferster, 1967; Skinner, 1953). Partindo desse ponto de vista, uma mudança terapêutica significativa seria produto das contingências (consequências contingentes) que ocorreriam durante a sessão de terapia na relação terapeuta-cliente e essas consequências deveriam ser típicas do ambiente social natural (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009; Kohlenberg et al., 1999). Assim, as falas categorizadas como Aprovação (APR) foram revistas e, é possível inferir que um processo de reforçamento estava ocorrendo devido ao aumento de frequência desta categoria nas fases FAP (B1 e B2), fortalecendo assim a hipótese da ocorrência da modelagem direta do comportamento em sessão. Assim, a aprovação pode ter sido um reforçador para ambos os clientes, apesar de ser difícil afirmar se o reforçador foi arbitrário ou natural. O que foi possível identificar foram os tipos de aprovações mais emitidas pela terapeuta: (a) descrições dos ganhos terapêuticos, (b) verbalizações de concordância e, (c) relato de sentimentos positivos. Abaixo seguem exemplos:

(1) T.: *"Nossa, V...você falando assim tão claro me faz lembrar das nossas primeiras sessões nas vésperas de Natal. Você se lembra que naquela época você mal conseguia conversar comigo e expor o que você pensava, sentia e até o que você fazia? É impressionante o quanto você vem melhorando..."* (descrição de ganho terapêutico)

(2) C.: *"É, C.. Eu não quero me sentir assim...toda vez que eu sou rejeitado por uma menina...quero morrer...sinto raiva de mim mesmo!"*

T.:*"Puxa vida....concordo com você...é horrível se sentir assim"* (verbalizações de concordância)

(3) T.: *"V., tenho me sentido bem a cada sessão. Estou gostando de como estamos caminhando. O que você acha?"* (relatos de sentimentos positivos).

A categoria de Solicitação de Reflexão (SRF), apontada pela Figura 6, também mostrou um aumento significativo nas fases de introdução da FAP para ambos os clientes. Essa categoria favorece o estabelecimento de relações entre os eventos, além de favorecer a formulação de autorregras e é uma das intervenções que produzem

mudanças terapêuticas (Zamignani, 2007). Esta categoria pode ser correlacionada as Regra 2 (terapeuta evoca CCR, principalmente o CCR3) e Regra 4 (terapeuta avalia o efeito do seu responder sobre o comportamento do cliente). Segue abaixo um trecho como exemplo.

(1) T.: "V, parece que quando eu te perguntei sobre a saída de casa do seu irmão, você começou a me contar dos planos para o vestibular. O que você acha que aconteceu agora?" (SRF)

C.: "Ai, C. tá bom. Eu não quero falar sobre esse assunto, porque isso me aborrece. Podemos prosseguir?" (CER)

T.: "Tudo bem, V. Agora eu consegui entender o que você queria... Sendo assim, vamos prosseguir. Depois retomamos esse assunto!" (APR)

A Figura 7 mostra as porcentagens das categorias dos clientes (Roberta, painel superior; Vinícius, painel inferior) do SMCCIT distribuídas por fases do delineamento experimental. A Tabela 9 indica a frequência absoluta e as porcentagens das mesmas categorias para ambos os clientes.

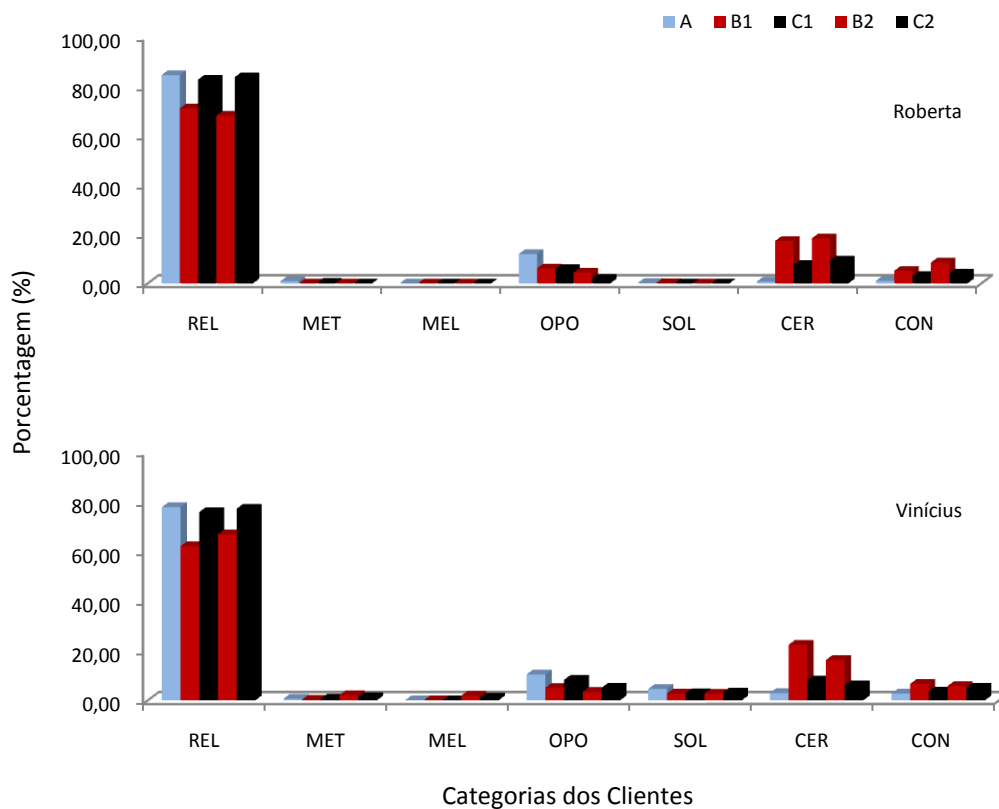


Figura 7. Frequência relativa das categorias dos clientes do sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica distribuídas ao longo das fases experimentais de ambos os clientes (Roberta, painel superior; Vinícius, painel inferior). Legenda: Fases experimentais: A= linha de base, B1 e B2= FAP, C1 e C2= retirada da FAP. Categorias: REL= Relato; MET= Metas; MEL= Melhora; OPO= Oposição; SOL= Solicitação; CER= Estabelecimento de relação; CON= Concordância.

Tabela 9. Frequência relativa e porcentagens das categorias dos clientes do SMCCIT para a cliente Roberta (CR) e cliente Vinícius (CV) ao longo das fases experimentais.

Clientes	Fases	Categorias do Cliente (SMCCIT)									
		REL	MET	MEL	OPO	SOL	CER	CON	COU	TOTAL	
CR	A	N	553	6	0	78	1	5	7	4	654
		%	84,56	0,92	0,00	11,93	0,15	0,76	1,07	0,61	100,00
	B1	N	807	0	0	69	1	196	58	5	1136
		%	71,04	0,00	0,00	6,07	0,09	17,25	5,11	0,44	100,00
	C1	N	551	2	0	39	0	50	20	4	666
		%	82,73	0,30	0,00	5,86	0,00	7,51	3,00	0,60	100,00
	B2	N	354	0	0	23	0	95	44	4	520
		%	68,08	0,00	0,00	4,42	0,00	18,27	8,46	0,77	100,00
C2	N	252	0	0	6	0	28	12	3	301	
	%	83,72	0,00	0,00	1,99	0,00	9,30	3,99	1,00	100,00	
CV	A	N	373	3	0	50	22	14	13	4	479
		%	77,87	0,63	0,00	10,44	4,59	2,92	2,71	0,84	100,00
	B1	N	272	1	0	22	12	98	29	4	438
		%	62,10	0,23	0,00	5,02	2,74	22,37	6,62	0,91	100,00
	C1	N	321	3	0	35	12	34	15	3	423
		%	75,89	0,71	0,00	8,27	2,84	8,04	3,55	0,71	100,00
	B2	N	255	8	7	13	10	62	22	4	381
		%	66,93	2,10	1,84	3,41	2,62	16,27	5,77	1,05	100,00
C2	N	292	5	4	19	12	23	19	4	378	
	%	77,25	1,32	1,06	5,03	3,17	6,08	5,03	1,06	100,00	

Legenda: Fases experimentais: A= linha de base, B1= introdução da FAP, C1= retirada da FAP, B2= reintrodução da FAP e, C2= retirada da FAP. Categorias: REL= Relato; MET= Metas; MEL= Melhora; OPO= Oposição; SOL= Solicitação; CER= Estabelecimento de relação; CON= Concordância e COU= outras do cliente (esta categoria foi utilizada apenas para marcar o início das sessões).

Observa-se na Figura 7 e na Tabela 9 as diferenças de porcentagens das categorias dos clientes durante as fases experimentais. As principais variações entre as fases de introdução e retirada da FAP ocorreram nas categorias de Relato (REL), Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Concordância (CON) para ambos os clientes. A categoria Oposição (OPO) apresentou diferenças apenas para o cliente Vinícius e, as outras categorias de Melhora (MEL), Metas (MET) e Solicitação (SOL) não apresentaram alterações significativas. Esses dados fortalecem a hipótese de que os relatos (categoria de maior frequência ao longo das 20 sessões para cada cliente,

76,81% para Roberta e 72,08% para Vinícius) eram do tipo verborrágico, superficial e sem correspondência com a fala da terapeuta e a modelagem direta do comportamento dos clientes estava ocorrendo (esse dado será melhor evidenciado nas Figuras 9 e 10). Considerando as outras duas categorias, Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Concordância (CON) (ver Figura 8), o aumento da frequência nas fases FAP está de acordo com os dados da Figura 6, que mostra que a terapeuta interpreta, aprova e solicita reflexão em maior frequência nesta fase.

A Figura 8 mostra, de uma maneira mais clara, a distribuição das porcentagens das duas categorias que mais se destacaram nas alterações de mudança de fases da cliente Roberta, o Estabelecimento de entre eventos (CER) e a Concordância (CON) para a cliente Roberta.

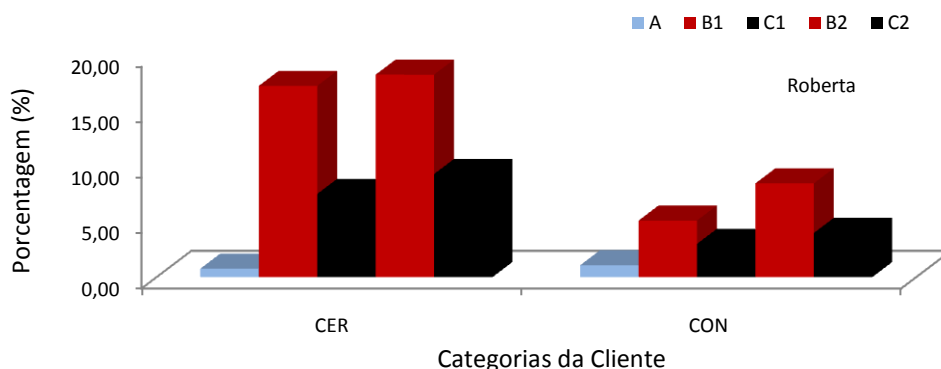


Figura 8. Distribuição das porcentagens das categorias de Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Concordância (CON) da cliente Roberta nas fases experimentais: linha de base (barra azul), introdução da VI FAP (barra vermelha) e a retirada da VI FAP (barra preta).

Como descrito anteriormente, a categoria Solicitação de reflexão (SRF) auxilia o estabelecimento de relações entre os eventos, informação confirmada com os dados acima. Os dados também sugerem que a Concordância (CON) pode estar correlacionada com a categoria Oposição (OPO), uma vez que ao analisarmos as categorias da terapeuta que produziram mais frequentemente oposição da cliente nas fases sem a FAP (C1 e C2) - Interpretação e Aprovação - também geraram concordância nas fases de introdução da FAP (B1 e B2).

Assim, é possível inferir que a FAP cria condições para que o cliente aceite mais as interpretações do terapeuta, dado correlacionado à categoria Concordância (CON) e

favorece a Solicitação de reflexão (SRF), dado também confirmado com o aumento simultâneo das frequências da categoria Estabelecimento de relações entre eventos (CER). No caso da cliente Roberta, as alterações nas oposições podem ter sido produto da passagem do tempo e, no caso de Vinícius, a categoria Oposição se mostrou sensível às alterações de fases experimentais (dado melhor evidenciado na Figura 9).

A Figura 9 mostra as categorias do cliente Vinícius que apresentaram alterações nas porcentagens em função das fases do delineamento experimental.

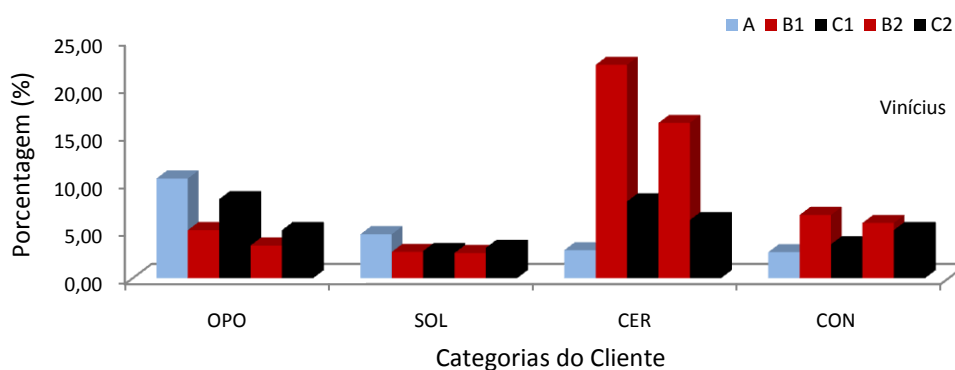


Figura 9. Distribuição das porcentagens das categorias de Oposição (OPO), Solicitação (SOL), Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Concordância (CON) do cliente Vinícius nas fases experimentais: na linha de base (barra azul), na introdução da VI FAP (barra vermelha) e na retirada da VI FAP (barra preta).

Como é possível observar na Figura 9, o cliente Vinícius apresentou alterações evidentes nas categorias de Oposição (OPO), Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Concordância (CON). Essas alterações apontam para a modelagem direta do comportamento durante a fase FAP (B1 e B2), dados robustos evidenciados pelo delineamento experimental que permitiu a replicação do fenômeno, tanto na condição de introdução e retirada da FAP (B1-C1) quanto na repetição desta condição (B2-C2). A categoria de Solicitação (SOL) apresentou pequenas mudanças no decorrer das fases experimentais, sem alterações significativas. Durante as sessões, Vinícius solicitava asseguramento à terapeuta sobre a ocorrência de determinados eventos e fatos e, principalmente sobre a correção de sua avaliação ou opinião a respeito de eventos. Um dos aspectos relevantes do comportamento de Vinícius era a dificuldade de perceber e interpretar eventos do ambiente. Ele fazia muitas inferências e, geralmente, interpretava um acontecimento como sendo uma intimidação ou afronta

do outro para com ele e reagia imediatamente se comportando de forma a falar sozinho (resmungava algo com tom de voz sugerindo raiva), expressões corporais indicando raiva (fechava os punhos como se fosse dar um soco) e expressões faciais de reprovação ao outro. Considerando esta questão a terapia foi conduzida com o objetivo de ensiná-lo a observar o ambiente e aprender novas discriminações (nem todos os estímulos sinalizam rejeição/abandono/agressão do outro) e fazer outras hipóteses sobre os eventos, na tentativa de controlar a raiva e, no segundo momento, alterar a interpretação sobre eles. E, ao interpretar de uma forma diferente uma mesma situação pode haver um aumento de probabilidade de ocorrência de respostas diferentes, ou seja, as coisas ditas em terapia a Vinícius poderiam ter a função de fornecer estimulação suplementar para que respostas já existentes no repertório do cliente aumentassem sua probabilidade de ocorrência (Meyer, 2000).

Um exemplo dessa situação ocorreu após o término de uma sessão: ao sair do corredor do laboratório, a terapeuta abriu a porta que voltou e acertou o rosto de Vinícius. No mesmo momento, enquanto a terapeuta pedia desculpas pelo ocorrido, ele permaneceu imóvel e resmungou: *"tudo bem, ela não fez de propósito, ela não quis me acertar, a porta escapou"*. Logo em seguida, se dirigiu à terapeuta falando: *"Ok, desculpas aceitas"* e seguiu em frente. Neste exemplo, o cliente conseguiu controlar a raiva e fazer uma nova interpretação acerca do ocorrido. Assim, nas muitas vezes que o cliente se sentiu ameaçado/intimidado/rejeitado em situações fora do contexto terapêutico, ele perguntava à terapeuta se esta hipótese era plausível e se a leitura que ele estava fazendo estava correta. Por isso a categoria Solicitação (SOL) estava presente, embora com ligeira diminuição de frequência na fase de introdução da FAP.

A categoria Oposição (OPO), umas das variáveis dependentes do presente trabalho, apresentou alterações ao longo das fases do delineamento experimental. Embora, no caso de Roberta, a Oposição tenha alterado em função do andamento natural do processo terapêutico, algumas regularidades são encontradas quando se analisa as subcategorias em decorrência das fases experimentais.

A Figura 10 apresenta a distribuição das porcentagens das subcategorias de Oposição para os clientes Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior) e a

Tabela 10 mostra a frequência absoluta e a porcentagem de cada subcategoria de Oposição para ambos os clientes.

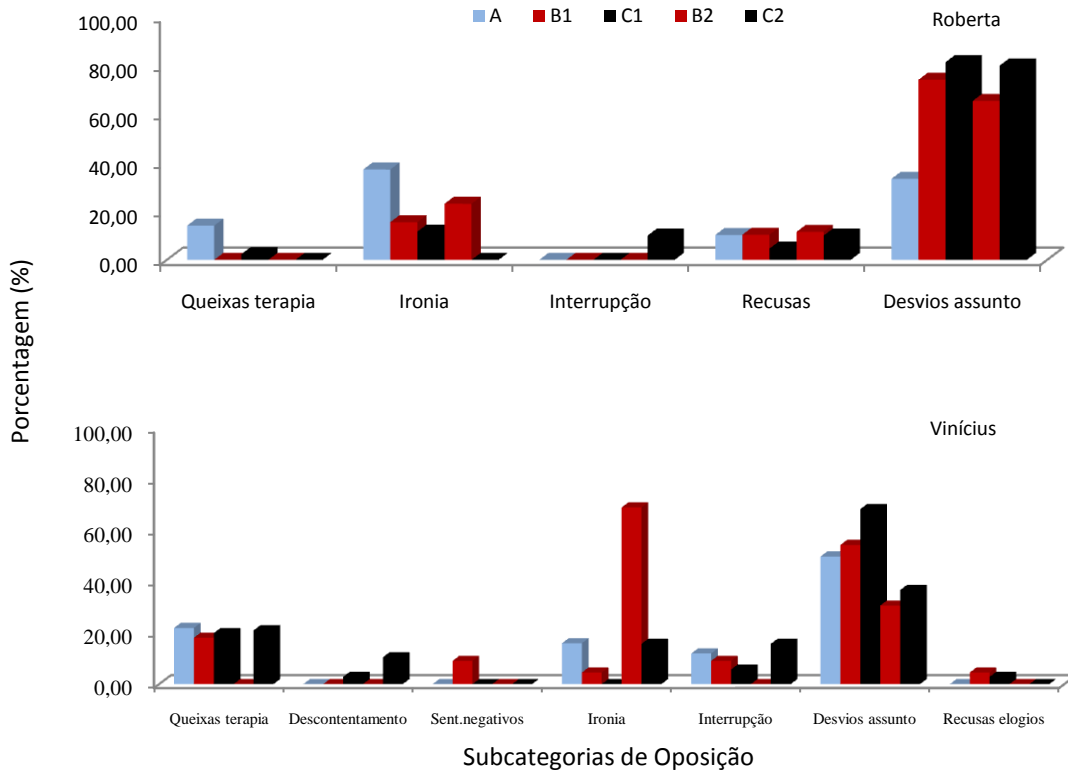


Figura 10. Distribuição das porcentagens das subcategorias de Oposição (OPO) das 20 sessões por fases do delineamento experimental para Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior). As subcategorias compreendem Queixas sobre a terapia, Descontentamento, Sentimentos negativos, Ironia, Interrupção, Desvios de assunto e Recusas de elogios. A linha de base consiste na barra azul; a introdução da VI FAP barra vermelha; e a retirada da VI FAP, barra preta.

Tabela 10. Frequência absoluta e porcentagens das subcategorias de Oposição distribuídas ao longo das fases do delineamento experimental para a cliente Roberta (CR) e cliente Vinícius (CV).

		Subcategorias de Oposição											
Cientes	Fases	QT	DES	SNG	I	PEI	R	DVA	RE	AME	Total		
CR	A	N	11	0	0	29	0	8	26	0	4	78	
		%	14,10	0,00	0,00	37,18	0,00	10,26	33,33	0,00	5,13	100,00	
	B1	N	0	0	0	9	0	6	43	0	0	58	
		%	0,00	0,00	0,00	15,52	0,00	10,34	74,14	0,00	0,00	100,00	
	C1	N	1	0	0	5	0	2	35	0	0	43	
		%	2,33	0,00	0,00	11,63	0,00	4,65	81,40	0,00	0,00	100,00	
	B2	N	0	0	0	6	0	3	17	0	0	26	
		%	0,00	0,00	0,00	23,08	0,00	11,54	65,38	0,00	0,00	100,00	
	C2	N	0	0	0	0	1	1	8	0	0	10	
		%	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	10,00	80,00	0,00	0,00	100,00	
	CV	A	N	11	0	0	8	6	0	25	0	0	50
			%	22,00	0,00	0,00	16,00	12,00	0,00	50,00	0,00	0,00	100,00
B1		N	4	0	2	1	2	0	12	1	0	22	
		%	18,18	0,00	9,09	4,55	9,09	0,00	54,54	4,55	0,00	100,00	
C1		N	7	1	0	0	2	0	24	1	0	35	
		%	20,00	2,86	0,00	0,00	5,71	0,00	68,57	2,86	0,00	100,00	
B2		N	0	0	0	9	0	0	4	0	0	13	
		%	0,00	0,00	0,00	69,23	0,00	0,00	30,77	0,00	0,00	100,00	
C2		N	4	2	0	3	3	0	7	0	0	19	
		%	21,05	10,53	0,00	15,79	15,79	0,00	36,84	0,00	0,00	100,00	

Legenda: Fases experimentais: A= linha de base, B1= introdução da FAP, C1= retirada da FAP, B2= reintrodução da FAP e, C2= retirada da FAP. Subcategorias de Oposição (OPO): QT= queixas da terapia; DES= descontentamento; SNG= sentimentos negativos; I= ironia; PEI= pedidos de interrupção; R= recusas; DVA= desvios de assunto; RE= recusas de elogios e AME= ameaças.

A Figura 10 indica alterações importantes das subcategorias de Oposição para ambos os clientes. Nas fases de introdução da FAP (B1 e B2), embora algumas subcategorias tenham diminuído de frequência quando comparadas às medidas de

linha de base (Queixas sobre a terapia, Ironia, Interrupção) esperava-se uma diminuição ainda maior, efeito não observado. Observa-se o aumento de frequência de algumas delas quando a FAP é introduzida, dado evidente nas categorias Ironia para ambos os clientes (Roberta: B1= 15,52% e B2= 23,08%; Vinícius: B1= 4,55% e B2=69,23%) e Recusas para a cliente Roberta (B1= 10,34% e B2= 11,54%). Para Roberta, duas subcategorias apresentaram aumento de frequência com relação à linha de base quando a FAP foi introduzida (B1), Recusas (10,34%) e Desvios de assunto (74,14%). Para o cliente Vinícius, as porcentagens das subcategorias que tiveram aumento de frequência em relação à linha de base na primeira fase da FAP foram: Sentimentos negativos (9,09%), Desvios de assunto (54,54%) e Recusas de elogios (4,55%). Com relação a Desvios de assunto, esta subcategoria se mostrou sensível ao delineamento experimental para ambos os clientes, apesar de ter aumentado de frequência logo na introdução da FAP; nas fases de retirada da FAP (C1 e C2) observa-se uma diminuição de frequência desta categoria quando comparadas às fases B1 e B2.

É interessante notar que, no caso da Queixas da terapia, o cliente Vinícius apresentou uma porcentagem significativa (18,18%) na primeira fase da FAP (B1). Ao começarmos o procedimento de introdução da FAP, Vinícius emitiu vários comentários do tipo: "*C. eu não entendo aonde você quer chegar com essa técnica*", "*a terapia não tem me ajudado em nada...Você não fala as coisas direito*". Observou-se que as queixas sobre a terapia continuaram na próxima fase (C1, retirada da FAP) e, surpreendentemente, não ocorreu na segunda etapa da FAP (B2), retomando na última fase (C2) sem a FAP. Esse dado fortalece algumas discussões acerca da FAP de possíveis características aversivas do procedimento. Vinícius chegou a finalizar uma sessão mais cedo (15 minutos antes) dizendo à terapeuta: "*Ok. Então por hoje é só. Ficamos por aqui. É o suficiente*".

A subcategoria de Sentimentos negativos também evidencia que, para Vinícius, a introdução da FAP foi aversiva no primeiro momento. Ele chegava a dizer: "*C. eu não gosto quando você coloca o dedo na minha ferida*"; "*eu não estou gostando muito do seu jeito comigo*". A elevada taxa de Ironia, principalmente na segunda etapa da FAP (B2) também fortalece a hipótese de aversividade. Outra hipótese levantada foi o efeito evocativo da FAP, uma vez que o contexto terapêutico em si é evocativo de

comportamentos-problema e, nesta fase (B1 e B2) a terapeuta evocou propositalmente os CCRs, efeito observado também com a cliente Roberta.

Outro aspecto importante a ser observado com a cliente Roberta é o aparecimento de Queixas sobre a terapia apenas na linha de base (14,10%) e na fase C1 (2,33%), logo após a retirada da FAP. A cliente verbalizou logo após o início da fase C1: *"E aí? Parece que você diminuiu o ritmo? Não sei se eu gosto assim"*. Com relação a Recusas, Roberta se recusou a responder algumas perguntas da terapeuta, principalmente as solicitações do tipo *"o que você está sentindo agora?" (Regra 2)*, que era uma tentativa da terapeuta evocar CCR1. No final de uma das sessões da fase FAP, Roberta comentou: *"Putz... hoje o negócio foi punk!"*.

A Figura 11 apresenta as porcentagens dos CCRs no decorrer das fases experimentais ao longo das 20 sessões para a cliente Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior).

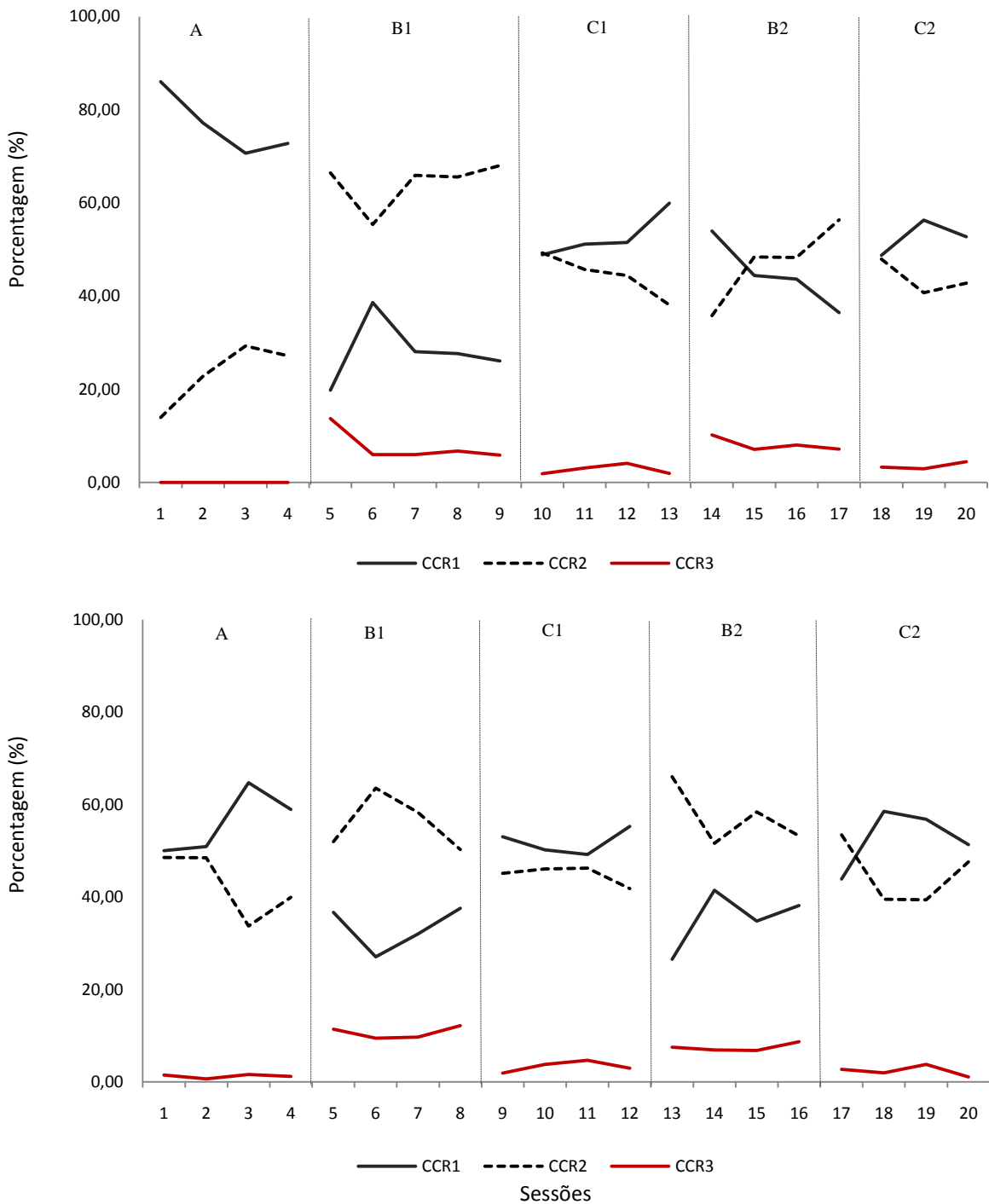


Figura 11. Frequência relativa dos CCRs1 (CCR1a=verborragia + CCR1b=falar sem correspondência + CCR1c=falar superficialmente + CCR1d=oposição - linha preta), CCRs2 (CCR2a=diálogo + CCR2b=falar com correspondência + CCR2c=autorrevelação - linha tracejada) e CCR3 (linha vermelha) por fases do delineamento experimental (A-B1-C1-B2-C2) para a cliente Roberta (painel superior) e cliente Vinícius (painel inferior), ao longo das 20 sessões de psicoterapia.

A Figura 11 aponta as alterações dos CCRs em função das fases experimentais. Observa-se que na primeira sessão da linha de base, a porcentagem de CCRs1 era elevada, principalmente para a cliente Roberta (86%), e contrastava com a baixa taxa de CCRs2 (22,83%) e de CCR3 (0%). O mesmo padrão também se observa com o cliente Vinícius (CCRs1=48,54%; CCRs2= 48,46% e CCRs3= 1,46%). Na fase de introdução da FAP (B1) nota-se uma alteração de padrão das linhas para os CCRs. Observa-se a reversão ocorrendo, uma vez que a porcentagem de CCRs1 diminui e a de CCRs2 aumenta para ambos os clientes. Nesta fase, há o aparecimento de CCR3 de forma expressiva quando comparada à linha de base para ambos os clientes. Na fase que se segue, C1, a FAP foi retirada e apenas intervenções baseadas na análise de contingências externas à sessão foram efetuadas. Nota-se então, novamente uma reversão de tendência e o CCRs1 aumentam de frequência enquanto que os CCRs2 diminuem. Na tentativa de replicação do delineamento, a segunda etapa foi implementada para que pudesse avaliar com maior solidez os efeitos observados da variável independente FAP sobre as variáveis dependentes (CCRs1, CCRs2, CCR3), isto é, houve a reintrodução (B2) e retirada da FAP (C2). Observa-se que os efeitos foram replicados, mostrando a robustez do fenômeno estudado.

No estudo de Busch et al. (2010), a primeira sessão FAP apresentou porcentagens de CCRs bem diferentes da do presente estudo. No estudo citado, a porcentagem dos CCRs1 foi de 15,43% e dos CCRs2 foi de 6,29% (Busch et al., 2010), enquanto que na presente pesquisa, a primeira sessão apresentou taxas de 55,41% (CCRs1), 38,6% (CCRs2) e 13,74% (CCRs3) para a cliente Roberta e de 51,98% (CCRs1), 36,63% (CCRs2) e 11,39% (CCRs3) para Vinícius. Com relação à última sessão categorizada, o estudo de Busch (2010) apresentou índices de 1,75% (CCRs1) e 7,02% (CCRs2), o que não ocorreu no presente estudo.

Por serem categorias verbais a escolha por este tipo de comportamento clinicamente relevante fez grande diferença na presente pesquisa porque, de certa maneira, elas são a forma como a pessoa conversa, ou seja, são categorias amplas que incluem a maior parte do que o cliente faz em sessão, justificando assim a alta taxa de CCRs indicado pela Figura 11. Pode-se inferir que, a forma e o conteúdo do relato

estão intimamente ligados à maneira de interação com o outro. Então, era evidente que, com esses clientes, havia a urgência de se discutir a interação que ocorria em sessão, uma "exigência" que pode ser um indicador diagnóstico de caso difícil. Segue abaixo um trecho da sessão de Roberta para exemplificar as categorizações:

Tabela 11. Sequência de falas da terapeuta e da cliente Roberta com suas respectivas categorizações com os sistemas SMCCIT e FAPRS, correspondente a primeira sessão da fase B1 (169).

Falas da Terapeuta e Cliente Roberta	SMCCIT			FAPRS			
	T	C	T	Classes de CCRs*			
				A	B	C	D
T R., parece que a gente não tá conversando direito hoje (risos). Tá difícil de aquecer?	SRE		REGRA 1				
C Vc é fogo mesmo (risos), não deixa passar nada. Tá difícil (risos).		REL		CCR2a	CCR2b	CCR1c	
T E o que vc acha que está acontecendo, então?	SRE		REGRA 1				
C Ah, eu acho que estou um pouco cansada, dormi pouco. Só isso.		REL		CCR2a	CCR2b	CCR1c	
T Então, mas eu acabo não ficando muito confortável aqui desse lado quando vc num fala muito (risos). O que será que está acontecendo?	SRF		REGRA 1				
C Nossa, hoje o dia vai ser pesado (olhar distante).		OPO 10					CCR1d
T Como assim? Fiquei confusa agora! O que aconteceu agora?	SRF		REGRA 3-1				
C Só vc mesmo...tudo bem, não te respondi!		CON					
T Ah, sim, percebi bem! Mas vc está se esquivando de algo aqui comigo?	SRE		REGRA 1				
C Ah, tô e não tô.		REL		CCR2a	CCR2b	CCR1c	
T Volto a pergunta pra vc, tem algo estranho aqui, não tem?	SRE		REGRA 1				
C Mas eu não quero falar nada hoje.		OPO 9					
T Ai, R. pois é...eu até te entendo mas eu fico aqui meio que sem saber o que vou fazer nos próximos 40 minutos.	EMP		REGRA 3-1				
C O problema é seu aí (risos). Se eu não estou a fim de falar....		OPO 9					
T Ok, mas vamos pensar no que está acontecendo aqui, porque eu não estou gostando muito do rumo que estamos tomando, né?	SRF		REGRA 3-1				
C Eu sei que vc não está gostando, mas eu não, não, vou falar nada, hoje eu estou, ah sei lá, não sei o que acontece, sei lá, que coisa mais engraçada.		REL		CCR1a	CCR2b	CCR1c	

* Classe A = Verborragia/Diálogo; Classe B = Falar com correspondência/Falar sem correspondência; Classe C = Falar superficialmente/Autorrevelação, Classe D = Oposição e CCR3.

A Figura 11 também mostra um aumento do CCRs3 emitidos pelos clientes durante as fases FAP. Embora haja discordâncias sobre a definição de CCR3 (por englobar análises da relação terapêutica e do que ocorre no cotidiano), o foco não está

no conteúdo da análise e sim na emissão em sessão de análises pelo cliente, pois assim o terapeuta pode ter a oportunidade de modelar análises funcionais mais precisas. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991), esta classe de comportamentos deveria aumentar de frequência ao longo do processo terapêutico, juntamente com o aumento da frequência de CCRs2. Assim, o CCR3 seria importante na medida em que auxilia na identificação dos CCRs1 e CCRs2 dando oportunidade para o terapeuta consequenciá-los de maneira adequada e na modelagem de CCR2 (Tsai et al., 2009). Os dados da Figura 6, já discutidos, fortalecem os dados da Figura 11 no que diz respeito aos CCRs3, porque evidencia o aumento da categoria Solicitação de Reflexão, aspecto importante no comportamento da terapeuta, sugerindo a modelagem de CCRs em sessão. Segundo Zamignani (2007), geralmente a categoria do terapeuta Solicitação de Reflexão facilita a emissão da categoria do cliente Estabelecimento de relações entre eventos (CER e, neste caso, CCR3). Abaixo, exemplos de CCRs3 da cliente Roberta.

Tabela 12. Sequência de falas da terapeuta e da cliente Roberta com suas respectivas categorizações com os sistemas SMCCIT e FAPRS, para exemplificar CCR3 (sessão 1 da fase B1).

Falas da Terapeuta e Cliente Roberta	SMCCIT			FAPRS				
	T	C	T	Classes de CCRs*				
				A	B	C	D	CCR3
T R. pera aí. De novo, acho que estamos no meio de algo aqui...vc não acha que vc deixa as pessoas confusas fazendo assim? Eu estou.	SRE		REGRA 1-P					
C Ah, elas devem ficar, mas eu estou falando que os caras destroem tudo, não dá certo assim, aí vc fica lá toda hora em cima, verificando isso e aquilo e tem ainda os móveis, a tv, são todos assim desse jeito e parece que não, ah sei lá, eu quero que vá tudo pra merda mesmo.		REL		CCR1a	CCR2b	CCR1c		
T Ixi, R. Imagino o rolo que é alugar o apto pra alguém. E olha, vc falou tanta coisa agora e tão rápido que foi difícil te acompanhar.	EMP		REGRA 3-1					
C É, C., esse assunto é meio chato pra mim.		REL		CCR2a	CCR2b	CCR1c		
T Deixa eu te perguntar de novo então, o que vc acha que aconteceu aqui com a gente? Essa confusão toda? É o mesmo lá fora?	SRF		REGRA 1-P					
C (respira fundo) É que vc fica me perguntando essas coisas e eu não quero falar sobre isso. Sabe, porque eu fico me sentindo mal. Esse assunto me traz sentimentos ruins.		CER						CCR3
T É, eu sei...te entendo mesmo. A gente não quer sentir essas coisas, né?	EMP		REGRA 3-3					
C Então, não quero mesmo. Foi sempre assim na minha vida. Tem coisas que me machucam e sabe quando vc não quer sentir o que elas trazem? É algo por aí.		CER						CCR3

T	Sim, concordo!	APR	REGRA 3-3	
C	Ai, que difícil, porque eu gostaria de falar besteiras pra não ter que sentir isso agora, tá vendo? (risos).		CER	CCR3
T	Bom, e o que vc está sentindo agora? Consegue me dizer?	SRE	REGRA 1	

* Classe A = Verbos/Diálogo; Classe B = Falar com correspondência/Falar sem correspondência; Classe C = Falar superficialmente/Autorrevelação, Classe D = Oposição e CCR3.

Com relação a elevada taxa de CCRs1 na linha de base para a cliente Roberta, duas hipóteses foram levantadas. A primeira foi com relação ao tema de sessão que pode ter facilitado verbos, fala superficial e fala sem correspondência com a fala da terapeuta. A cliente estava se sentindo "indignada" com o comportamento do filho na faculdade. Segue a fala abaixo correspondente a primeira sessão de linha de base:

T.: E aí, R.? Como foi a sua semana? [SRE]

C.: Foi um saco. Eu estive lá no apartamento dos meus filhos novamente e não gostei do que vi. [REL][CCR2a, CCR2b, CCR1c]

T.: O que viu? [SRE]

C.: Meu filho não está levando a faculdade a sério. Ele não levanta de manhã, vai dormir super tarde e não faz nada.[REL][CCR2a, CCR2b, CCR1c]

T.: E... (terapeuta tenta interromper e perguntar sobre os sentimentos de Roberta, mas ela continua falando).

C.: Eu não consigo entender como um indivíduo consegue jogar todas as oportunidades pela janela. Eu não concordo muito com a faculdade que ele está fazendo porque é de riquinhos e eu acho que não dá para sermos coniventes com essa coisa de termos que pagar para uma educação que nem é tão boa assim, apesar que ele faz um curso bom, mas não aproveita e aí o que ele vai fazer no futuro? Eu fui pra lá resolver as minhas pendências com o condomínio e eles são um bando de fdp porque mal atendem você no balcão e ficam te olhando com cara de desprezo. É aquilo que eu sempre falo, as pessoas são corruptíveis e as outras não fazem nada pra mudar a realidade. Ficam reclamando e reclamando, mas olha o governo que a gente tem! não dá pra acreditar, meu! O pior é que o pai deles é um idiota e também fica lá na vida boa dele e não faz nada pra eles direito, fica nessa sociedade consumista, dando uma de bem sucedido

que não adianta pra nada porque ele continua sendo um ser desprezível... [REL] [CCR1a - verborragia, CCR1b - fala sem correspondência, CCR1c - fala superficial] (e assim ela prossegue).

A segunda hipótese considerada foi a de que a cliente foi informada sobre o início da coleta de dados e sob controle dessa informação ela pode ter exagerado nas suas respostas. Essa hipótese é forte porque avalia a reatividade do *borderline* (Linehan, 2010). A cliente Roberta mostrava a necessidade de "ser importante" e "ser tratada de forma especial". No primeiro encontro para início da terapia, Roberta relatou: *"Sou um caso novo que está aparecendo no campo psicológico, algo que nunca foi estudado"; "Posso abandonar o processo terapêutico a qualquer momento. Os seus comportamentos (da terapeuta) vão determinar tudo, principalmente se você não for inteligente o suficiente para me acompanhar no raciocínio"*.

Roberta também comentou, após a explicação da terapeuta sobre o procedimento, que seria *"engraçado"* o que iríamos fazer (exemplo dado no Método, item Procedimento) e que ela estava contente em participar disso porque poderia contribuir para a Psicologia e ser uma *"fonte de ensino"*. Com relação ao Vinícius, ele simplesmente fez um sinal com a cabeça expressando concordância após a explicação do procedimento de coleta de dados.

Um aspecto importante quando comparamos os comportamentos dos dois clientes é o padrão das linhas nas figuras. No caso de Roberta, há uma tendência decrescente dos CCRs1 quando analisamos o processo que vai da linha de base à última fase, C2. Esse dado sugere a melhora da cliente ao longo do processo como um todo, apesar da ocorrência dos CCRs1 em uma frequência maior que a dos CCRs2 na última fase da pesquisa. Uma explicação possível para isso é a dificuldade de obter melhoras duradouras com clientes com transtorno de personalidade *borderline*, uma vez que eles apresentam muitos outros problemas, tanto relacionados ao cotidiano quanto questões existenciais (Linehan, 2010). Em uma comunicação por e-mail, o Professor Jonathan Kanter, da Universidade de *Milwaukee* comentou sobre as dificuldades que os pesquisadores do laboratório estavam tendo com pessoas com esse tipo de diagnóstico:

We picked personality disorders for the obvious reason that the interpersonal problems would be a good fit for FAP. What we're finding is that personality disorders, for some clients, are a lot more than just interpersonal problems. Some have very fundamental problems with their experience of self, some have very basic problems with even being able to define their problems, etc. All this has made our research extremely difficult. This is not to say that FAP isn't a good fit for personality disorders or for these types of problems. I believe it is. But I am saying that doing FAP research on personality disorders, at least behavior analytic research where you manipulate when FAP starts and measure how that affects the client, has been very difficult for these and other reasons. All that said the data is very interesting but it is premature to talk about it currently (J. Kanter, comunicação pessoal, 25 de outubro de 2007).

Fortalecendo o que Kanter (2007) comentou sobre os transtornos de personalidade, no caso de Roberta, as queixas de início da terapia incluíam questões básicas do cotidiano e problemas de relacionamento interpessoal. Assim, as queixas correspondiam a insônia, pavor noturno (taquicardia, peso nos braços e pernas, formigamento dos membros, possíveis desmaios nos quais a consciência permanecia), algumas dificuldades relacionadas às “questões do dia-a-dia” (como por exemplo, organização do tempo e resolução de problemas práticos – como estudar e reforma do apartamento), além de dificuldades de relacionamento interpessoal, evidenciadas pelo relato dos acontecimentos do cotidiano e na relação com a terapeuta. No caso do Vinícius, as linhas, na Figura 11 permaneceram mais estáveis ao longo das fases experimentais indicando, provavelmente, uma melhor responsividade do cliente ao processo de coleta de dados.

Assim, ao analisarmos os dados da Figura 11, a reversão dos comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 chama atenção. De acordo com Sidman (1960) a reversibilidade do comportamento pode ou não ser um problema a depender do delineamento e da pergunta de pesquisa. A seguinte indagação surgiu: como foi possível a reversão? Uma das hipóteses consideradas foi que ambos os clientes ficavam sob controle excessivo das alterações do ambiente, principalmente às reações da terapeuta que pudessem sinalizar punição. De acordo com Azrin e Holz (1966), a punição não apenas prejudica o desenvolvimento de novas habilidades, mas também ensina o cliente a se esquivar de situações potencialmente punitivas. Em ambos os casos, histórias de contingências aversivas nos relacionamentos interpessoais se

fizeram presentes ao longo da vida desses clientes e era como se houvesse uma generalização dessa história de punição para contingências presentes no contexto terapêutico. Esse dado também remete a discussão dos transtornos de personalidade, uma vez que se observa um repertório de esquiva de intimidade e de relacionamento interpessoal para Roberta e Vinícius.

Outra discussão importante se baseia no efeito evocativo das intervenções FAP. Essas sessões evocaram mais CCRs, uma vez que a natureza da queixa dos clientes (grande dificuldade de relacionamento interpessoal) implica que o comportamento-problema a ser reforçado apareça principalmente na interação terapeuta-cliente (ou seja, há um aumento da esquiva de intimidade e de expressão de sentimentos). Devido a esse aspecto inerente a esse tipo de intervenção, a reversibilidade pode ter sido favorecida. Outro questionamento surgiu em decorrência da reversão: será que essas diferenças entre as fases experimentais irão desaparecer ao final da terapia? Se a hipótese de que o efeito evocativo da intervenção FAP é forte para esse tipo de queixa e que as categorias pré-definidas eram verbais (que abarcam grande parte do que o cliente faz em sessão), provavelmente haverá uma diminuição de frequência dos CCRs1 e um aumento da frequência de CCRs2 (como observa-se uma tendência decrescente, partindo da linha de base até a última fase do delineamento para Roberta), mas a possibilidade de reversão dos comportamentos poderá continuar a existir. É evidente que, para tal afirmação, outras pesquisas deverão ser realizadas, com categorias não verbais, por exemplo. Esta hipótese é fortalecida com os dados da Figura 12, discutidos abaixo.

Observa-se na Figura 12 as porcentagens das categorias dos CCRs1, CCRs2 e CCR3 de acordo com cada fase do delineamento experimental das 20 sessões para cada cliente. Os dados da Roberta estão dispostos no painel superior e de Vinícius, painel inferior.

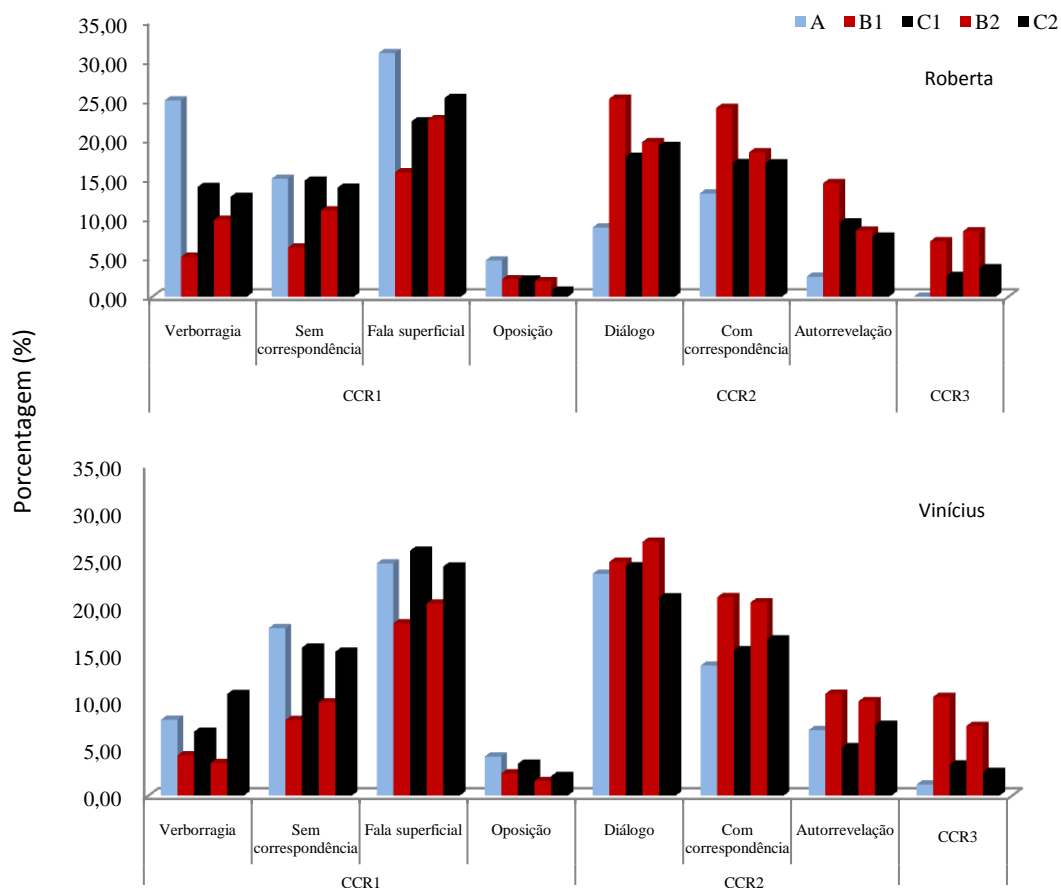


Figura 12. Frequência relativa dos CCRs 1, 2 e 3 distribuídos ao longo das fases do delineamento: A = linha de base (barra azul), B1 e B2= a introdução da VI FAP (barra vermelha) e C1 e C2 retirada da VI FAP (barra preta) para os participantes Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior).

A Figura 12 aponta as elevadas taxas de CCRs1 para ambos os clientes na condição de linha de base (barra azul). Roberta e Vinícius apresentaram, respectivamente, índices de 24,95% e 8,04% de Verborragia, 15,00% e 17,77% de Falas sem correspondência com a fala da terapeuta, 30,97% e 24,63% de Falas superficiais e 4,61% e 4,15% de Oposição. É notável a diferença em todas as categorias de CCRs1 no que diz respeito à diminuição da frequência no momento em que a FAP é introduzida (fase B1, barra vermelha), efeito observado para ambos os clientes. Para Roberta e Vinícius, respectivamente, as porcentagens na fase B1 são: (1) Verborragia: 5,08% e 4,27%; (2) Fala sem correspondência: 6,25% e 8,01%; (3) Falas superficiais: 15,82% e 18,27% e, (4) Oposição: 2,22% e 2,35%. Com relação à fase C1, que corresponde a retirada da FAP, as porcentagens aumentaram com relação à fase anterior B1. Os dados para Roberta e Vinícius são, respectivamente: (1) Verborragia: 13,95% e 6,78%;

(2) Fala sem correspondência: 14,75% e 15,70%; (3) Falas superficiais: 22,30% e 25,97% e, (4) Oposição: 2,17% e 3,39%.

Na replicação da condição B1-C1, a fase B2 ocorre com a reintrodução da FAP e os mesmos efeitos podem ser observados para ambos os clientes, ou seja, as porcentagens diminuem de forma expressiva para todos os CCRs1, com exceção da Fala superficial e da Oposição para Roberta, pois a primeira apresentou um ligeiro aumento (22,56%) e a segunda uma pequena diminuição (1,97%, resultado discutido anteriormente). Os valores das categorias de CCRs1 para a fase B2 com Roberta e Vinícius são, respectivamente: (1) Verborragia: 9,78% e 3,45%; (2) Fala sem correspondência: 10,98% e 9,88%; (3) Falas superficiais: 22,56% e 20,36% e, (4) Oposição: 1,91% e 1,55%. A última fase do delineamento, C2, a FAP foi retirada e efeito semelhante ao da fase C1 foi replicado para ambos os clientes. As porcentagens para Roberta e Vinícius são, respectivamente: (1) Verborragia: 12,69% e 10,78%; (2) Fala sem correspondência: 13,86% e 15,25%; (3) Falas superficiais: 25,26% e 24,29% e, (4) Oposição: 0,78% e 2,07%.

Com relação aos CCRs2 (dialogar, falar com correspondência, autorrevelar-se) os efeitos são inversos ao que foi descrito anteriormente para os CCRs1. Dessa forma, na linha de base (A, barra azul) os valores dos CCRs2 para Roberta e Vinícius foram, respectivamente: (1) Dialogar: 8,80% e 23,52%; (2) Falar com correspondência: 13,11% e 13,79% e, (3) Autorrevelar-se: 2,55% e 6,94%. Com a introdução da FAP na fase B1, há um aumento das frequências dos CCRs2 para Roberta e Vinícius, respectivamente: (1) Dialogar: 25,16% e 24,79%; (2) Falar com correspondência: 23,99% e 21,05% e, (3) Autorrevelar-se: 14,43% e 10,79%. A retirada da FAP se deu na fase C1 e é possível observar efeitos de diminuição da porcentagem dos CCRs2 para ambos os clientes. Os valores para Roberta e Vinícius são, respectivamente: (1) Dialogar: 17,78% e 24,32%; (2) Falar com correspondência: 16,98% e 15,41% e, (3) Autorrevelar-se: 9,43% e 5,14%.

Nas fases B2 e C2, houve uma replicação dos mesmos efeitos observados nas fases B1 e C1 para ambos os clientes com exceção da autorrevelação para a cliente Roberta, que apresentou uma diminuição da porcentagem na fase B2 (8,40%). Seguem os valores para Roberta e Vinícius para a fase B2 e, em seguida, fase C2. (1) Dialogar: 19,64% e 26,90% (B2) e 19,17% e 21,02% (C2); (2) Falar com correspondência: 18,35%

e 20,48% (B2) e 16,97% e 16,56% (C2) e, (3) Autorrevelar-se: 8,40% e 10,00% (B2) e 7,64% e 7,52% (C2).

Como citado acima, os dados da Figura 12 colaboram para fortalecer a hipótese do efeito evocativo da sessão FAP quando consideramos os dados da verborragia, falar sem correspondência e falar superficialmente, para ambos os clientes. A verborragia e a fala sem correspondência diminuíram de frequência nas fases FAP de maneira mais evidente do que a categoria falar superficialmente. A hipótese levantada foi de que é muito mais evidente a emissão dos dois primeiros tipos de CCRs1 (verborragia e falar sem correspondência) fazendo com que o terapeuta reaja de maneira imediata e contingente a emissão desses comportamentos-problema. Já na fala superficial, há uma certa latência entre a emissão da resposta do cliente e a consequenciação do terapeuta, uma vez que há a necessidade de verificar se a fala continuará superficial ou se o cliente entrará em conteúdo relevante para a sessão.

Também observa-se que no primeiro conjunto de intervenções FAP (B1), os efeitos foram mais evidentes no que diz respeito à diminuição da frequência de CCRs1 e aumento da frequência de CCRs2. Uma explicação possível se apóia no fato de que a terapeuta respondeu contingente aos CCRs, ou seja, logo que eles ocorreram, em alta frequência para poder marcar a mudança da Fase A para a Fase B1 (procedimento sugerido por Callaghan et al., 2003; Kanter et al., 2006). Uma segunda explicação pode ser inferida a partir da experiência clínica gerada na condução do período de coleta de dados. Embora a presente pesquisa tivesse um critério para mudança de fase (as medidas tomadas durante as sessões precisava apontar para uma estabilidade ou tendência das variáveis dependentes - categorias pré-definidas), as sessões de terapia eram densas e cansativas, tanto para os clientes quanto para a terapeuta. Na verdade, o número quatro de sessões foi considerado como ideal para obter uma boa sequência de sessões FAP, dentro de um nível tolerável de aversividade (cansaço natural produzido por este tipo de sessão e não problemas na relação terapêutica).

Vale ressaltar uma diferença entre Roberta e Vinícius no que diz respeito à categoria Verborragia. Roberta se apresentou muito mais verborrágica do que Vinícius corroborando com as informações da literatura sobre clientes *borderlines*. De acordo com Linehan (2010), o padrão de relato deste tipo de cliente consiste no falar

excessivamente, além de serem pouco sensíveis à audiência. Sadi (2011) também constatou em uma análise de caso de cliente *borderline* que o relato apresentava padrão semelhante: relatos longos, detalhados e superficiais.

Muitos estudos sugerem que o uso da FAP tem levado a resultados de terapia satisfatórios (por exemplo, Gaynor & Lawrence, 2002; Kohlenberg et al., 2002). Entretanto, uma lacuna se fez presente e tornando necessário investigar o mecanismo de mudança clínica envolvido na FAP, ou seja, a maneira como o terapeuta responde *in-vivo* e modela o comportamento do cliente. Em decorrência dessa necessidade, a Figura 13 apresenta as porcentagens das respostas da terapeuta que indicam o responder contingente (*in-vivo*) aos comportamentos clinicamente relevantes ao longo das fases do delineamento experimental, durante as vinte sessões para cada cliente. No painel superior encontram-se os dados de Roberta e no painel inferior, os dados de Vinícius. Vale lembrar que as respostas da terapeuta que modelam CCRs são aquelas categorizadas como TCCR1, terapeuta responde efetivamente ao CCR1; TCCR2, terapeuta responde efetivamente ao CCR2 e TCCR3, terapeuta responde efetivamente ao CCR3.

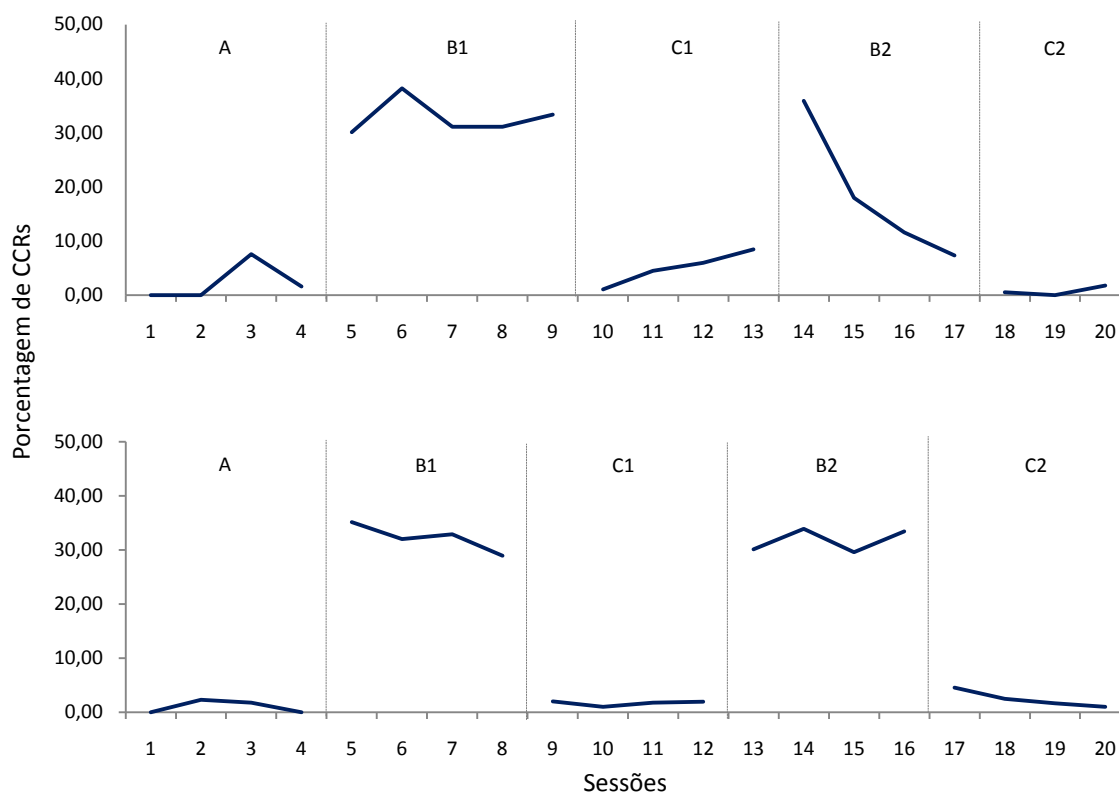


Figura 13. Porcentagem de respostas efetivas da terapeuta para a modelagem de CCRs de Roberta (painel superior) e Vinícius (painel inferior) ao longo das 20 sessões de psicoterapia. As respostas consistem na somatória de TCCR1= terapeuta responde efetivamente ao CCR1, TCCR2= terapeuta responde efetivamente ao CCR2 e, TCCR3= terapeuta responde efetivamente ao CCR3 e são referentes ao *Lag* 1.

De acordo com a Figura 13 ficam evidentes as respostas de modelagem de CCRs emitidas pela terapeuta ao longo das 20 sessões para cada cliente. Na condição de linha de base, apenas algumas intervenções FAP foram realizadas para ambos os clientes e assim a modelagem ocorreu em baixa frequência (variando de 0 a 7,56% para Roberta e de 0 a 2,33% para Vinícius). Na fase B1, com a introdução da FAP, o índice para as respostas efetivas da terapeuta aos CCRs saltou para 30,09%, tendo o valor mais alto de 38,18% para a cliente Roberta. Para Vinícius, o responder contingente da terapeuta também apresentou porcentagens mais altas, de 35,12% no primeiro momento e 28,91% no valor mais baixo. Na fase C1, com a retirada da FAP observa-se uma diminuição acentuada das respostas de modelagem, uma vez que nesta fase apenas análises de contingências externas à sessão da terapia foram feitas. Entretanto, a FAP seria aplicada se fosse essencial para o bom andamento da terapia. Por isso o maior percentual para a Roberta foi de 8,47% e para Vinícius de 2,02%. Com

a introdução da FAP na fase B2, nota-se novamente um aumento expressivo da porcentagem de respostas de modelagem de CCRs da terapeuta; as porcentagens de CCRs para Roberta foram para 35,89% no seu maior índice e 7,33% no menor valor, enquanto que para Vinícius, no primeiro momento a porcentagem foi para 30,11%, atingindo maior valor de 33,88% ao longo das sessões FAP.

Na última fase do delineamento experimental, fase C2, as porcentagens de respostas contingentes da terapeuta voltaram a cair, efeito semelhante obtido na fase C1. Observa-se que os maiores valores foram 1,79% para Roberta e 4,55% para Vinícius. Os dados da fase B2 para a cliente Roberta chamam a atenção. No primeiro momento, foi colocada em dúvida a ocorrência da modelagem. Após uma análise mais criteriosa, percebeu-se que a necessidade de "diminuir o ritmo" das sessões FAP, devido ao cansaço da cliente e da terapeuta. Alguns dos relatos da cliente considerados CCRs eram seguidos de verbalizações referentes à Regra 5 (terapeuta faz um paralelo do que estava ocorrendo na sessão para o cotidiano da cliente).

Os dados das Figuras 11 e 13 confirmam as evidências dos estudos preliminares realizados na tentativa de evidenciar o mecanismo de mudança envolvido na FAP. Estes dados corroboram com os dados de três principais estudos que também investigaram os efeitos das respostas de modelagem do terapeuta durante a FAP. No primeiro estudo, descritivo, Callaghan, Summers e Weidman (2003) utilizaram a FAPRS para categorizar quatro trechos de terapia distribuídos ao longo do tratamento de um caso bem sucedido de transtorno de personalidade histriônica e narcisista. Os resultados mostraram que os categorizadores conseguiram identificar os CCRs bem como as respostas de modelagem *in vivo* do terapeuta, constatando uma melhora dos comportamentos do cliente em sessão ao longo do tratamento (Callaghan, Summers & Weidman, 2003). No segundo estudo, Kanter et al. (2006) propôs um delineamento de sujeito único com arranjo experimental A/A+B e selecionou dois clientes com transtorno de personalidade. A linha de base (A) consistiu na Terapia Cognitiva padrão e a fase A+B consistiu na Terapia Cognitiva adicionada de técnicas da FAP (foco na relação terapêutica e modelagem *in vivo*). Os resultados foram satisfatórios apenas com um caso. Neste caso, houve uma diminuição expressiva dos CCRs1 quando a FAP foi introduzida, embora os autores não tivessem uma medida efetiva das respostas do

terapeuta em sessão, apenas medidas de comportamentos que ocorreram no cotidiano do cliente (em folhas de registros).

Na tentativa de obter as medidas que o estudo anterior de Kanter et al. (2006) não obteve, Busch et al. (2008) categorizou todas as verbalizações do terapeuta e do cliente ("*turns*," verbalizações) pertencentes às vinte sessões do caso bem sucedido de Kanter et al. (2006). Os resultados fortaleceram as hipóteses de que o cliente melhorou em sessão e que, na mudança de fase (de A para A+B), a frequência dos CCRs2 aumentaram consideravelmente. As mudanças nos CCRs1 foram mais difíceis de serem interpretadas, pois os dados apresentaram grande variabilidade depois da primeira sessão de FAP (Busch et al., 2008). No presente estudo, a modelagem direta do comportamento dos clientes fica evidenciada tanto pela Figura 11 quanto pela Figura 13. Vale lembrar que na Figura 13 foi considerado o *Lag 1*, ou seja, a primeira resposta da terapeuta logo após a emissão dos CCRs. Assim, a Figura 13 confirma a presença das respostas de modelagem direta dos CCRs de ambos os clientes.

Os dados das Figuras 11 e 13, além de confirmarem as evidências do mecanismo de mudança clínica envolvido na FAP (o responder contingente ao CCRs), mostram a robustez desse tipo de delineamento para a prática clínica e sugerem uma nova proposta de delineamento para este campo de pesquisa. Embora na literatura da área os estudos descritivos tenham assumido o papel principal para se estudar os fenômenos clínicos, este tipo de delineamento permite observar uma relação direta de causa e efeito entre as variáveis independentes e dependentes (neste caso, a FAP como VI e as categorias pré-definidas como VDs). Hersen e Barlow, em 1976, já defendiam o uso deste delineamento como uma tentativa de diminuir a distância entre a pesquisa e a prática clínica, entretanto, este delineamento impõe condições especiais (por exemplo, a retirada ou retenção de tratamentos em diferentes pontos do delineamento) que pode não ser praticável em todas as situações clínicas (Kazdin, 1999). Considerando esta preocupação de Kazdin (1999), a escolha da variável independente, a FAP, foi de suma importância, uma vez que esta variável se mostrou passível de manipulação sem prejuízos ao processo terapêutico, e pôde ser retirada em diferentes fases deste arranjo experimental.

Diante dos resultados apresentados, é interessante discutir as fortalezas e fraquezas do método. Com relação ao primeiro, o delineamento escolhido permitiu coletar medidas repetidas ao longo de todo o procedimento, retirando e introduzindo a variável independente, medida de linha de base, além de replicar as condições experimentais (B2-C2 replicando B1-C1). Sabemos que a replicação é uma importante etapa da pesquisa científica, pois permite demonstrar a confiabilidade e a generalidade dos dados, pode reduzir a margem de erro do cientista e aumentar a confiança de que os dados encontrados são reais (Sidman, 1960; Tanwey & Gast, 1984;). Assim, uma questão importante a ser apontada neste estudo foi a possibilidade de replicação dos dados de duas maneiras: com o mesmo participante (replicação intra-sujeito) e com um segundo participante (replicação inter-sujeito). A replicação intra-sujeito foi possibilitada pela repetição da primeira condição experimental, na etapa B2-C2 para ambos os participantes.

Vale ressaltar as vantagens dos dois tipos de replicação. A replicação intra-sujeito fornece uma demonstração única de fidedignidade de uma técnica/intervenção, ou seja, quando o comportamento de um organismo pode ser manipulado muitas vezes de forma quantitativamente consistente, o fenômeno em questão é real, e o experimentador mantém bem controladas as variáveis relevantes, dado confirmado para ambos os clientes (ver Figura 11). Outra vantagem dessa replicação é que ela tem uma característica refinada e poderosa, impossível de obter com a abordagem estatística: a facilidade com a qual se pode conseguir o controle experimental com o passar do tempo, além de ter a virtude evidente de eliminar a variabilidade inter-sujeitos como fator de avaliação de um resultado experimental (Sidman, 1960; Tanwey & Gast, 1984).

Com relação ao segundo tipo de replicação desse estudo, a replicação inter-sujeito, vale ressaltar que como critério de fidedignidade e generalidade, esta replicação é um instrumento poderoso. Cada experimento adicional aumenta a representatividade dos resultados. A replicação de um experimento com dois participantes estabelece maior generalidade dos dados entre os indivíduos de uma população (Sidman, 1960; Tanwey & Gast, 1984). As replicações também fortaleceram a validade interna e externa do presente estudo, pois ficou evidente que a intervenção

FAP era a responsável pela mudança no comportamento dos clientes e a que esse tipo de intervenção produziu efeitos semelhantes no outro participante. O forte controle experimental foi demonstrado, então, quando a aplicação da VI selecionada para o presente estudo produziu uma diminuição da frequência do comportamentos-alvo (das categorias pré-definidas, VDs) e, logo após a retirada da VI, foi possível observar um aumento na frequência dos mesmos comportamentos. Outra fortaleza que pode ser citada está no fato do delineamento não artificializar o processo terapêutico (delineamento é inserido durante o andamento de uma terapia), uma vez que as intervenções escolhidas eram planejadas para serem aplicadas preferencialmente nas suas respectivas fases, mas se caso houvesse a necessidade, elas poderiam ser aplicadas pontualmente em qualquer momento ao longo das fases experimentais.

Com relação às fragilidades do método, uma das primeiras que podem ser discutidas está no fato da terapeuta ser a pesquisadora do presente estudo. A literatura de metodologia de pesquisa sempre apontou para o viés do experimentador como um ponto problema. Dentro dessa perspectiva, uma pergunta surgiu: 1) Será que esse aspecto é de fato um ponto fraco na presente pesquisa?

O viés do experimentador refere-se ao potencial que o pesquisador tem para inadvertidamente influenciar o comportamento dos participantes de uma pesquisa para certa direção (Marczyk, DeMatteo & Festinger, 2005). Em outras palavras, o pesquisador que tem o conhecimento dos objetivos da sua pesquisa pode intencionalmente ou não influenciar os resultados em favor de suas expectativas de resultados. As muitas soluções que a literatura sugere para diminuir esse viés, como por exemplo, manter-se cego aos objetivos da pesquisa, não desempenhar vários papéis na condução da mesma e padronizar todos os procedimentos, tornam-se mais difíceis de serem executadas quando consideramos a psicoterapia como o contexto da pesquisa. Nesta pesquisa, não era possível que a terapeuta não soubesse sobre os objetivos do estudo porque a manipulação da VI dependia do arranjo do delineamento experimental, ou seja, da introdução e retirada da FAP em fases específicas. Além disso, a FAP seria introduzida sobre determinadas VDs, e por isso seu conhecimento era indispensável para a modelagem de CCRs. Com relação aos vários papéis desempenhados pela terapeuta-pesquisadora (levantar hipóteses, definir o

delineamento experimental, coletar e analisar os dados), a literatura aponta que, é necessário ter ciência de que o viés pode existir e que precisa ser identificado para que providências sejam tomadas. Uma forma de quantificar o possível viés é o grau de concordância obtido entre o pesquisador-terapeuta e um observador externo, e o índice *Kappa* de concordância obtido foi considerado satisfatório.

O terapeuta-pesquisador pode estar em vantagem sobre um pesquisador que é um observador externo porque tem acesso a um contexto ampliado. As experiências vividas na interação com o cliente irão influenciar o que o terapeuta observa quando está no papel de pesquisador. Observadores, incluindo os terapeutas, sempre serão enviesados em como eles interpretam o comportamento e é sempre uma luta para separar o que faz parte da história do observador ao reagir ao comportamento do cliente ou o que é uma reação comum de pessoas com quem o cliente interage em circunstâncias semelhantes (Tsai et al., 2009). Assim há um viés é inerente à FAP e este não necessariamente se constituiu um ponto fraco, pelo contrário, pode ser uma das fortalezas deste método.

Diante da discussão das fragilidades e fortalezas, levantou-se um questionamento sobre o impacto dos anos de terapia prévios à implantação e condução da coleta de dados. Será que os vários anos de terapia para ambos os clientes influenciaram no sucesso do delineamento?

A resposta que aqui é oferecida é de que os anos prévios de terapia foram essenciais para o sucesso do delineamento. A terapeuta-pesquisadora construiu uma história de relacionamento interpessoal com ambos os clientes durante esses anos e, ao longo do processo de terapia, a terapeuta aprendeu sobre quais eram as funções de estímulos que afetavam os clientes e tinha clareza das funções de determinados comportamentos emitidos no contexto da relação terapêutica. Também eram conhecidos os tipos de interação que eram reforçadoras ou que evocavam CCRs. Havia também um histórico de superação de crises ao longo da terapia. Os anos de terapia ajudaram a controlar possíveis variáveis que impediriam a execução do período de coleta (Busch et al., 2008): os problemas de *self* e do cotidiano já tinham sido minimizados, havia uma forte relação terapêutica estabelecida e suficiente para evocar e modelar CCRs com ambos os clientes. As justificativas supracitadas valem também

para a escolha das 20 sessões de coleta neste ponto da terapia. Tsai et al. (2009) considera essencial para o processo da FAP o "criar um espaço sagrado para confiança e segurança" (no inglês, *creating a sacred space of trust and safety*) e, nesta presente pesquisa, este espaço era verdadeiro, autêntico e bem estabelecido.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo verificar os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) com clientes que apresentam problemas interpessoais sobre categorias de comportamentos de cliente que dificultam o andamento da terapia. Para isso, a seguinte pergunta foi levantada: a verborragia, a falta de correspondência com a fala da terapeuta, a fala superficial, as agressões verbais têm probabilidades diferentes de ocorrência após a introdução e retirada das intervenções FAP?

Para responder a esta questão foi proposto um delineamento experimental de sujeito único com o arranjo A-B1-C1-B2-C2. A letra A correspondeu a linha de base, condição na qual as sessões de terapia não apresentavam intervenções sistematicamente planejadas. A fase B1 consistiu na introdução sistemática da FAP, embora as análises de contingências externas continuassem presentes, em menor frequência. Na fase C1, a FAP foi retirada e os procedimentos foram, predominantemente, baseados no governo por regras. As fases B2 e C2 consistiram, respectivamente, na introdução sistemática da FAP e na retirada desta intervenção, na tentativa de replicar a condição experimental anterior (B1-C1).

Foram analisadas 40 sessões de psicoterapia, vinte para cada cliente participante. A partir das análises das 40 sessões, observou-se que, para ambos os clientes, as categorias de maior frequência foram Relato (REL), Estabelecimento de relação entre eventos (CER) e Oposição (OPO) e, para a terapeuta, as categorias Facilitação (FAC), Empatia (EMP) e Solicitação de relato (SRE) se destacaram. Esses dados evidenciam as dificuldades das sessões de terapia para ambos os clientes, uma vez que a categoria Relato poderia ser classificada como verborrágica, sem correspondência com a fala da terapeuta e superficial, além da presença da Oposição, variáveis que dificultavam o processo terapêutico e foram considerados CCRs1. Diante

de dificuldades de intervenção, nota-se a presença em maior frequência das categorias de Facilitação e Empatia da terapeuta, uma maneira de diminuir a probabilidade de emissão de comportamentos opostos e facilitar a introdução de procedimentos. Esses dados corroboram com o que Linehan (2010) descreveu sobre suas pacientes *borderlines*.

A grande contribuição da presente pesquisa se deu com o sucesso do delineamento experimental, uma vez que não há registros na literatura de estudos desse tipo, apenas estudos descritivos (Bolling, Kohlenberg & Parker, 2000; Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Kohlenberg, Kanter et al., 2002) e uma tentativa experimental do tipo A/A+B (Kanter et al. 2006). A robustez dos dados encontrados fortaleceu a hipótese da modelagem direta dos comportamentos em sessão, mecanismo de mudança clínica envolvida na FAP, além de demonstrar empiricamente a eficiência/eficácia da FAP com clientes considerados difíceis, corroborando com alguns dados preliminares da literatura (Busch et al., 2008; Kanter et al., 2006).

Em termos metodológicos, as fortalezas do método estão na escolha deste delineamento experimental, que se mostrou viável para a prática clínica, uma vez que não artificializou o processo terapêutico. Este delineamento também permitiu medidas de linha de base, medidas repetidas ao longo do tempo, manipulação de VI e replicação das condições experimentais com o mesmo participante e com um segundo (replicação intra e inter-sujeitos). Nesse sentido, as replicações permitiram demonstrar a confiabilidade e a generalidade dos dados, aumentando a confiança de que a manipulação da VI foi a responsável por alterações nas VDs, fortalecendo a validade interna e externa do presente estudo. Houve também a vantagem de se começar o delineamento após anos de terapia com ambos os clientes, o que possibilitou um maior controle experimental.

Com relação às fragilidades, é interessante ponderar o fato da terapeuta ter sido também a pesquisadora, uma vez que muitas vantagens puderam ser citadas e a FAP implica no conhecimento da formulação do caso. Os índices de concordância foram aceitáveis entre a terapeuta-pesquisadora e o juiz que categorizou uma das sessões. De acordo com Del Prette (2011), não há uma "neutralidade científica" em pesquisa clínica e, uma vez que é impossível eliminar o viés do categorizador sobre o

seu objeto de análise, pode ser útil colocar suas respostas sob os mesmos controle encobertos do terapeuta na condução do caso. O treino intensivo de categorizadores também pode ser entendido como um viés do experimentador. Talvez o viés de participantes pode ter sido um ponto fraco, uma vez que foram selecionados clientes com queixas semelhantes e, provavelmente, os resultados foram parecidos em função da natureza da queixa. Por isso, torna-se importante realizar novas pesquisas com outros tipos de clientes e com outros terapeutas.

Uma das limitações do presente estudo se fez presente na ausência de medidas de comportamentos-problema e de melhora fora do contexto terapêutico. Houve uma generalização para ambientes e relacionamentos fora da terapia? A princípio podemos dizer que sim, embora esta resposta esteja baseada em uma análise qualitativa. Por exemplo, Roberta, no início da terapia, encontrava-se totalmente isolada e com várias pendências na faculdade. Ao término de terapia, ela estava se relacionando com dois amigos, retomou o relacionamento com os filhos, estava cursando a faculdade regularmente e conseguindo notas adequadas. Em um telefonema recente (julho de 2011), Roberta contou que estava como monitora de Iniciação Científica. Esta informação permite inferir que, de alguma maneira, Roberta está se relacionando com pessoas, comportamento de melhora em seu cotidiano. Com relação ao Vinícius, que também se encontrava isolado no início da terapia e fora da escola, retomou os estudos e concluiu o ensino médio, iniciou amizades com pessoas do cursinho, namorou uma garota por 6 meses, participou da elaboração do Censo 2011, ou seja, situações que demandavam se relacionar com pessoas. Vinícius também viajou sozinho para prestar vestibular em lugares mais distantes (Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná), comportamento de melhora porque, embora sozinho, ele precisou conversar com pessoas, agendar hotéis (os pais deram o modelo e ele seguiu), pegar o voo, descobrir o transporte até o hotel e locais da prova (e esses comportamentos envolvem se relacionar com pessoas de forma adequada).

Na tentativa de estudar a generalização, outro processo essencial existente na FAP, Villas-Bôas (2011) apresentou um projeto de pesquisa ao Instituto de Psicologia da USP com o objetivo de investigar experimentalmente se o tema das análises realizadas em sessão pode levar a diferenças na melhora apresentada por esses

clientes, tanto em sessão terapêutica, como fora dela. O trabalho de Villas-Bôas terá o mesmo arranjo experimental da presente pesquisa. Santos (2010) também iniciou uma pesquisa para investigar os efeitos diferenciais no comportamento dos clientes de (1) intervenções FAP sinalizadas (descrição de ocorrências de CCR em sessão) ou (2) não sinalizadas (tentativas de evocar CCR's e consequenciação adequada), utilizando também o mesmo arranjo experimental.

Finalmente, embora este estudo tenha apresentado algumas limitações inerente à opção metodológica de estudo de caso, se caracteriza por um estudo do Tipo III (Kazdin, 1982), isto é, com maior grau de validade interna. As ameaças (por exemplo, efeitos da história, maturação, teste, instrumentação) foram controladas, e este estudo apresentou dados objetivos que possibilitaram medidas repetidas ao longo do tempo com dois clientes. Assim, as replicações também fortaleceram a validade interna e externa, uma vez que ficou evidente (ver Figura 11) que a intervenção FAP era a responsável pela alteração produzida no comportamento dos clientes.

REFERÊNCIAS¹¹

- American Psychological Association Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4) , 271-28.
- Azrin, N. H., & Holz, W. C. (1966). Punishment. Em W. K. Honig (Ed.), *Operant behavior*, pp. 380-447. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Barbosa, D. R. (2001) *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counseling psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Barlow, D.H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice; Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 147-156.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. B., & Juskiwicz, K. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8, 241-257.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2008). Lines of evidence in support of FAP. Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to FAP: Using awareness, courage, love and behaviorism*. New York, NY: Springer.

¹¹ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *156*(10), pp. 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*, pp. 378-388.
- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? *New England Journal of Medicine*, *342*, pp. 1516-1518.
- Bolling, M.Y., Kohlenberg, R. J. & Parker, C. R. (2000). Behavior Analysis and Depression. Em M. J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis*. (pp.: 127-152). Reno: Context Press.
- Brandão, F. S. (2003). O manejo das emoções por terapeutas comportamentais. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J.W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*, 11-19.
- Callaghan, G. M. (2006a). Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, *2*(3), 416-431.
- Callaghan, G. M. (2006b). The Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System. *The Behavior Analyst Today*, *7*, 399-433.
- Callaghan, G. M. (2006c). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, *7*, 357-398.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Coding Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS). *The Behavior Analyst Today*, *9*, 57-97.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S. & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance

and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.

Callaghan, G. M., Naugle, A. E., & Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33, 381–390.

Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321–339.

Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin.

Carrascoso, F. J. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 88-98.

Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford & New York: Oxford University.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.

Cordova, J. V., & Koerner; K. (1993). Persuasion criteria in research and practice: gathering more meaningful psychotherapy data. *The Behavior Analyst*, 16, 317-330.

Cordova, J. V.; Scott, R. L. (2001) Intimacy: a behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), pp. 75-86.

- Davison, S. E. (2002). Principles of managing patients with personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 1–9.
- Del Prette, G. (2006). *Terapia analítico-comportamental infantil: relações entre o brincar e comportamentos da terapeuta e da criança*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Donadone, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de Contingências do Uso de Orientação e Auto-orientação em Intervenções Clínicas Comportamentais*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Emmelkamp, P. M. G. (1986). Behavior therapy with adults. Em S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 385-442). New York: Wiley.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1960). *Behavior therapy and the neuroses*. New York: Pergamon.
- Ferro, G. R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.

- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, pp. 1-18.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Perrott Boren, M. C. (1979). *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC.
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record*, 17, pp. 341–347.
- Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Freeman, A. (2007). *Terapia cognitiva com pacientes difíceis e transtornos de personalidade*. Conferência. São Paulo, São Paulo.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623–641.
- Garske, J. P. & Lynn, S. (1985). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. Em J. P. Garske, & S. Lynn (Orgs.), *Psicoterapias contemporaneas: modelos e mitos* (pp. 623-647). Bilbao: DDB.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, pp. 79–101.
- Goldfried, M. R. (1982). On the History of Therapeutic Integration. *Behavior Therapy*, 13, p. 572-593, 1982.
- Goldfried, M. R., & Davidson, G. G.(1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart e Winston.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.

- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology, 55*(12), pp. 1467-1480.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research book*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hersen, M., & Barlow, D. H. (1976). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Changes*. New York: Pergamon
- Hunsley, J., & Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 1*, 11-22.
- Ireno, E. M. (2007). Formação de Terapeutas Analítico-Comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (1993) *Strategies and tactics of behavioral research*. New Jersey: Erlbaum.
- Kameyama, M. (2011) Efeitos de relatos de sentimentos em supervisão sobre o desempenho em sessão do terapeuta analítico-comportamental. Qualificação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 463–467.
- Kanter, J. W., Parker, C. & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 38*, 198-211.

- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Landes, S. L., Holman, G. I., Whiteside, U., & Sedivy, S. K. (2009). The use and nature of present-focused interventions in cognitive and behavioral therapies for depression. *Psychotherapy: Research, Theory, Practice, Training, 46*, 220-232.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1992). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kazdin, A. E. (2002). Methodology: General lessons to guide research. Em A. E. Kazdin (Org.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (Vol. 3, pp. 877- 888). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology, 54*, 253-276.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), pp. 1116-1129.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of behavioral research*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Kidder, L. H. (Org.) (1987). *Selltiz, Wrightsman e Cook: Métodos de pesquisa nas relações sociais* (2ª ed. brasileira) (M. M. H. D'Oliveira, M. M. del Rey, Trad.). São Paulo, SP: EPU.

- Kiesler, D. J. (1981). Empirical clinical psychology: Myth or reality? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 212-215.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Koerner, K., Tsai, M., & Simpson, E. (no prelo). Treating shame: A functional analytic approach. Em R. Dearing & J. Tangney (Eds.) *Shame in the Therapy Hour*. APA Press.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J., & Parker, C. R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1169–1176.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, pp. 213–229.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M., (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995a). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. Em W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst, 17*, 305-320.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. Em V. M. Follette, & J. I. Ruzek, (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 305-320). New York: Guilford.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is functional analytic psychotherapy? En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, J. W., & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction - functional analytic psychotherapy: a behavioral approach. *European Psychotherapy, 1*(1), pp. 15-25.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice, 80*, 455-465.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Linehan, M. (2010) *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- López Bermúdez, M. A., Ferro, R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicacion de la Psicoterapia Analitica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 553-583.
- López Bermúdez, M.A., Ferro, R. & Valero, I. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema, 22* (1), 92-98.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., Rusch, L. C., Turner, L. B., Roberts, N. A., & Busch, A. M. (2009). Integrating Functional Analytic Psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies, 8*, 122-138.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of research and methodology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: A filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura, 42*, 585-592.

- Mendes, A. C., & Vandenberghe, L. (2009). O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 545-552.
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamentalia*, México, v. 8, nº 2, pp.215-225.
- Meyer, S. B. (2009). *Análise de solicitação de informação e recomendação em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de livre docência, Universidade de São Paulo.
- Meyer, S. B., & Oshiro, C. K. B. (2011). Terapias psicológicas para as pessoas com transtorno de personalidade borderline. Em: T. Melnik, & A. N. Atallah (Orgs.). *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo: Santos.
- Meyer, S. B., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em Rangé. B. (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Nardi, R. (2004). *Proposta de método de interpretação da interação terapeuta-cliente: Análise comportamental da esquiva através do comportamento verbal de terapeuta e cliente em um caso de dor crônica*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. Em: P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge: New York.
- Novaki, P. (2003). *Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Oliveira Nasser, K. C. F., & Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquiva experiencial, um estudo de caso. *Psicologia Clínica*, 17(1), pp. 162-176.
- PARKER, C. R., BEITZ, K., & KOHLENBERG, R. J. (1996, May). *The Experience of Self Scale (EOSS): A measure of private and public stimulus control of the experience of self*.

Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, Orlando, FL.

Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), pp. 149-162.

Poling, A., Methot, L.L. & LeSage, M.G (1995) *Fundamentals of behavior analytic research*. New York e London: Plenum Press.

Queiroz, M. A. M., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guilhardi & N. Aguire. (Eds.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp. 238-248). Santo André: ESETec.

Rabin, C., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (1996). Targeting sex-role and power issues with a functional analytic approach: Gender patterns in behavioral marital therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 8, pp.1-24.

Rocha, Giovana V. Munhoz da (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Rosenfarb, Irwin S.(1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42(3), pp. 341-354.

Rosenzweig, S. A. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply do Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, pp. 298-304.

Rossi, P. R. (2010). *Análise observacional de sessões de psicoterapias bem ou mal sucedidas selecionadas por um critério misto*. Exame de Qualificação. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Rush, A. J., & Shaw, B. F. (1983). Failure in treating depression by cognitive therapy. Em: E. B. Foa e P. G. M. Emmelkamp (Orgs.) *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.

- Russel, R. L. & Trull, T. J. (1986). Sequential analysis of language variables in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 16-21.
- Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline*. Exame de qualificação (Doutorando em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R, & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1), pp. 151-164.
- Santos, V. M. C. (2010). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional*. Projeto de mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Júlio de Mesquita Filho, Bauru.
- Silveira, J. M., Callaghan, G. M., & Straioto, A, Maeoka, B. E., Mauricio, M. N. & Gouli, P. (2009). Efeitos de um treino em Psicoterapia Analítica Funcional sobre a identificação feita pelo terapeuta de comportamentos clinicamente relevantes de seu cliente. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 11(2), pp.346-365.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.

- Sousa, A. C. A. (2004). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5, 121-137.
- Starling, R. (2010). *Prática controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.
- Suen, H. K. & Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 4, 253-272.
- Taccola, P. A. (2004). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: Um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tawney, J. W. & Gast, D. L. (1984). *Single subject research in special education*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company e Bell & Howell Company.
- Tsai, M., Plummer, M. D., Kanter, J. W., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. J. (2010). Therapist grief and functional analytic psychotherapy: Strategic self-disclosure of personal loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 1-10.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., & Callaghan, G.M. (2009). *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: The five rules. En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette & G. M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, pp. 105-114.

- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo baseada em FAP como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e prática*, 7, 137-152.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B. L., & Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Vandenberghe, L., Nasser, d. O., Silva, K. C. F. a., & Pereira, D. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 23(1), 45 - 53.
- Vandenberghe, L., Sousa, A. C. A. & Oliveira, J. A. (2005). *Treating clients with Borderline Personality Disorder: The impact on the therapist*. Communication presented at the 9th European Congress of Psychology. Granada. Spain.
- Villas-Bôas, A. (2011). *Efeitos diferenciais de análise das contingências intra e extrassessão em psicoterapia analítica funcional*. Projeto de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Xavier, R. N. (2010). *Microanálise da modelagem de repertórios em um estudo de caso de Terapia Analítico-Comportamental Infantil*. Exame de qualificação, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2007). Weighing the evidence for psychotherapy equivalence: implications for research and practice. *The Behavior Analyst Today*, 8 (2), 210-225.
- Wilson, G. T., & Evans, I. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. Em A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy* (pp. 554-565). New York: Pergamon.
- Yano, Y. (2003). *Tratamento padronizado e individualizado no transtorno do pânico*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise dos comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2007) Comportamento verbal no contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9,(2), 241-259.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (pp. 73-118). New York: Academic Press.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMO DISPOSTO NA
RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E NA RESOLUÇÃO CFP No.
016/2000**

Prezado cliente,

Somos professora e estudante de doutorado do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estamos estudando o processo de mudança do cliente.

Para isto, precisamos da sua colaboração. É por essa razão que estamos solicitando a sua permissão para participar de um projeto de pesquisa que será conduzido por mim, Claudia K. B. Oshiro e sob orientação da Professora Dra. Sonia B. Meyer, com o título "Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional".

Para que você possa decidir se pode colaborar conosco, procuramos esclarecer resumidamente, a seguir, o que será feito. Se depois de ler, você tiver dúvidas e quiser esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

O atendimento psicoterápico será estruturado com sessões semanais de 50 minutos e será realizada na sala de atendimento oferecida pelo Laboratório de Terapia Comportamental que se localiza na Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. A fase da pesquisa será de um ano e, após o término, poderemos discutir o que faremos sobre a continuação da terapia.

As sessões do Laboratório de Terapia Comportamental serão filmadas e gravadas pela câmera acoplada no teto da sala. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

As informações prestadas por você durante os atendimentos e as gravações de sessões serão utilizadas para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados.

Se você concordar com a sua participação, caso sinta qualquer desconforto proveniente da pesquisa, você poderá suspender o processo terapêutico a qualquer momento. Será importante que você nos comunique sobre a desistência. Você poderá, a qualquer momento, discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário.

Cordialmente,

Claudia K. B. Oshiro
Psicóloga e aluna de doutorado

Dra. Sonia B. Meyer
Professora do Departamento de
Psicologia Clínica

Eu,,
R.G.:..... participarei do projeto de pesquisa
descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo,.....de.....de 20.....

Assinatura do cliente ou responsável:.....

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA CLÍNICA-ESCOLA



CLÍNICA PSICOLÓGICA DA USP

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

No. de inscrição.....
Nome do cliente:..... (no caso de menores)
Nome completo do responsável:.....
Grau de parentesco com o cliente: pai () mãe () tutor () outro () :.....
Tipo e número do documento apresentado:.....

A Clínica Psicológica do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo oferece atendimento psicológico à população e por ser uma Clínica-Escola tem também objetivos de ensino e pesquisa.

A maioria dos atendimentos é realizada pelos alunos de graduação e pós-graduação do Instituto de Psicologia, com supervisão dos professores do Departamento. Os atendimentos psicoterápicos são cobrados de acordo com a possibilidade dos clientes.

As sessões do Laboratório de Terapia Comportamental poderão ser filmadas e gravadas bem como observadas através de espelho unidirecional por profissionais autorizados pelo terapeuta. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

As informações prestadas pelos clientes durante os atendimentos e as gravações de sessões poderão ser utilizadas para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os dados de identificação dos clientes não serão divulgados.

Declaro que estou ciente do exposto acima e que concordo com as condições apresentadas.

São Paulo,.....de.....de 20.....

Assinatura do cliente ou responsável:.....

Observações:.....

Profissional:.....

(nome completo, função e assinatura)

ANEXO 3

FORMULAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Formulação do caso clínico 1 - Roberta

1. Identificação da cliente

Roberta (nome fictício), 47 anos de idade. Foi casada por aproximadamente 12 anos. Tem dois filhos adultos: uma garota de 23 anos e um garoto de 19 anos. Após o divórcio, ambos os filhos foram morar com o pai. A cliente possui ensino superior incompleto, está cursando faculdade pública há 10 anos e mora em um alojamento estudantil. Iniciou a terapia em 2006, apresentava o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* e não fazia uso de medicação psiquiátrica.

2. Queixas apresentadas pela cliente

Roberta apresentou como queixas iniciais episódios de insônia, pavor noturno (sensações corporais tais como: taquicardia, peso nos braços e pernas, formigamento dos membros, possíveis desmaios nos quais a consciência permanecia) e algumas dificuldades relacionadas à organização do tempo para estudar e à resolução de problemas práticos como a reforma de seu apartamento.

Segundo Roberta, ao fazer terapia, ela estaria contribuindo para o “bem da Psicologia”, na medida em que seria um caso novo e também estaria fazendo um favor à terapeuta, uma vez que esta poderia aprender muito com o seu problema.

3. Dificuldades de Roberta

As dificuldades de Roberta foram definidas de acordo com duas áreas:

a. Questões acadêmicas

Roberta relatava que não conseguia estudar porque sua concentração, memória e raciocínio estavam prejudicados. Dizia pegar muitos livros na biblioteca sobre o assunto da prova, mas depois não conseguia organizar todo o material e desistia de estudar. Em vésperas de provas, a cliente não conseguia dormir à noite, relatando sentir as sensações do pavor noturno. Em decorrência de sua insônia, dormia durante o dia, faltando às aulas e às provas. Quando conseguia acordar e fazer as provas, relatava que “dava branco”. Segundo Roberta, esses fatores a prejudicavam, uma vez que ela dependia dos créditos obtidos nos semestres para a sua permanência no alojamento estudantil.

b. Relacionamento interpessoal

No relacionamento com as pessoas no cotidiano

Ao relatar sobre seus relacionamentos interpessoais, Roberta descrevia com frequência conflitos e dificuldades, uma vez que costumava se expressar de forma agressiva e irônica. Diante de situações que envolviam contatos sociais, principalmente aqueles mais íntimos, a cliente emitia comportamentos que intimidavam as pessoas com quem ela se relacionava. Como consequência desses comportamentos, as pessoas ficavam com raiva e se afastavam dela. A seguir, episódios verbais entre Roberta e um amigo exemplificam as dificuldades da cliente e como interferiam negativamente na qualidade das suas relações interpessoais.

Contexto: Nessa época, Roberta tinha apenas um amigo (A). Na maior parte do tempo eles estavam fazendo coisas juntos, como almoçar, estudar, praticar música e canto e conversar. A partir do momento que esse amigo começou a se aproximar e a ficar mais íntimo, Roberta se afastou, deixando de atender os telefonemas dele (“*ele estava me*

sufocando”). Com isso, o amigo (A) também se afastou e passou a evitá-la. Roberta, ao perceber o afastamento do amigo, resolveu “tomar uma atitude”. Segue o diálogo.

R.: Quero conversar com você (Roberta está bêbada, no portão da prédio dele).

A.: Não posso conversar com você agora. Estou de saída (caminham juntos até a saída do prédio).

R.: Mas eu preciso conversar com você! (o amigo se despede dela e vai embora.

Roberta fica olhando ele se afastar indignada com a atitude dele).

Depois da tentativa de aproximação de Roberta, o amigo foi procurá-la e deixou um bilhete na porta do quarto de Roberta. Quando Roberta leu o bilhete, foi até a casa dele para conversarem.

R.: Você está querendo falar comigo?

A.: Na verdade, é você que quer falar comigo. O que está acontecendo?

R.: Você tem tesão por mim? Estou muito decepcionada com você. Você me agrediu muito.

A.: Olha me desculpa, mas eu não tenho tesão por você.

R.: Eu não te desculpo. Você vai ter que me reconquistar de novo.

A.: Depois a gente se fala (esse amigo não a procurou e a amizade foi rompida).

No relacionamento com a terapeuta

Nas sessões iniciais, Roberta se expressava de maneira confusa, falando muito (falas verborrágicas) e detalhadamente sobre determinados assuntos (teorizava - falas superficiais) prestando pouca atenção à terapeuta (falava sozinha). Por esse motivo, havia grande dificuldade de a terapeuta se estabelecer como uma audiência para a

cliente. Roberta freqüentemente falava de forma agressiva, sorria ironicamente e fazia muitas “caras” (expressões faciais de descontentamento).

A seguir, exemplos dos episódios verbais de Roberta com a terapeuta na primeira sessão de terapia. Os episódios exemplificam as falas agressivas da cliente em três momentos da sessão de terapia: o contato inicial, durante a sessão e no encerramento da sessão.

1) Contato inicial, entrando na sala de terapia

T.: Olá, tudo bem? Prazer, sou T.

R.: Hoje estou particularmente irritada e mal humorada, coloquei a bota justamente para dar um chute na canela de alguém (sorriso irônico).

T.: Hum. (Permanece quieta).

2) Durante a sessão

T.: O que te trouxe para a terapia?

*R.: (... explicações sobre o encontro com o psiquiatra e com o terapeuta da filha)
Nunca gostei de médicos e psicólogos, pois são sempre arrogantes e técnicos.
Avalio a toda hora o comportamento do outro, da aparência às ‘nuances’ de comportamento.*

T.: Hum, hum (Permanece quieta).

3) No encerramento da sessão

T.: E como você gostaria de estar fazendo com a terapia? Hoje foi só para nos conhecermos e se você quiser fazer terapia, as sessões serão filmadas....

R.: Não posso te dar essa resposta, porque tudo vai depender de você. Se eu perceber que você ficou boiando, eu encerro a sessão. E faço questão que tudo seja filmado já que sou um caso novo e os alunos vão aprender muito comigo.

T.: Tudo bem, eu trago o termo de consentimento na próxima sessão.

R.: Mas olha, eu posso abandonar o processo terapêutico a qualquer momento.

T.: E como você vai saber qual é o momento?

R.: Os seus comportamentos vão determinar tudo, principalmente se você não for inteligente o suficiente para me acompanhar no raciocínio.

T.: Vamos combinar o seguinte: se você não gostar de alguma coisa me avise (...)

R.: (com um sorriso) Combinado, venho na semana que vem. E faço questão da filmagem! (risos irônicos).

4. Relatos da história de vida para o entendimento do caso

Roberta morou com os pais até os 19 anos. O pai era caminhoneiro e viajava muito. Nos poucos dias que ele ficava em casa, saía para beber com os amigos e chegava alcoolizado e agressivo. Roberta sentia muita vergonha dos vizinhos, porque todos comentavam sobre o comportamento de beber do pai. A mãe era dona de casa e saía pouco.

A cliente relatou que a mãe também era muito agressiva. Como exemplo, contou de um episódio ocorrido na infância, aos nove anos, na qual foi obrigada a fazer uma sopa para todos. A mãe, ao experimentar a sopa, disse que estava horrível e jogou a sopa no chão. Em seguida, ordenou que a filha limpasse o chão imediatamente e que só assim aprenderia a fazer as coisas direito. Roberta ressaltou que a mãe foi mais carinhosa com a sua irmã.

Quando Roberta tinha três ou quatro anos recorda-se que a mãe foi embora de casa e ela e a irmã ficaram sozinhas. O pai estava viajando e a irmã, que era mais velha, ajudou a cuidar de Roberta. A cliente relatou que ainda consegue se lembrar da imagem de sua mãe se afastando de casa enquanto ela espiava do portão. Não se lembra quanto tempo exatamente a mãe ficou afastada, dizendo que na época *“não gostava dela”* e depois diz que se conformou (*“a vida é assim, o mundo é assim”*).

Roberta relatou um episódio que ocorreu quando ela tinha cinco anos, envolvendo os pais e que, segundo ela, interferiu no seu desenvolvimento. Contou que durante a relação sexual dos pais, a mãe a chamava e pedia para que Roberta fizesse algo para impedir a investida do pai. Roberta relatou que ficava ao pé da cama olhando os movimentos que ocorriam embaixo do lençol, ouvindo os gemidos e pedidos de ajuda da mãe. Relatou sentir muita tristeza, angústia e impotência por não conseguir fazer nada. Segundo ela, essa situação se repetiu várias vezes.

Roberta se lembrou de dois episódios *“estranhos”* com seu pai. No primeiro episódio, Roberta e o pai foram passear de carro e o pai resolveu parar na casa de um amigo. Pediu que Roberta o esperasse no carro enquanto ele estivesse na casa do amigo. Roberta lembrou que o amigo do pai saiu da casa e veio se sentar ao seu lado no carro. Em seguida, o amigo levantou a calça de Roberta e disse assim: *“ah, você não tem pelinho ainda”*. Atualmente, Roberta acha que o pai tinha ido se encontrar com alguma garota e que o amigo fez uma tentativa de abuso. A segunda situação refere-se a uma cena que Roberta disse se lembrar com frequência: o pai está sentado no sofá de casa com o zíper da calça aberto, manipulando disfarçadamente os órgãos genitais, e pede para que Roberta se sente em seu colo. Roberta disse não e saiu da sala.

Aos 14 anos, os pais de Roberta se separaram de corpos e permaneceram morando na mesma casa. A mãe dormia no quarto com uma das filhas e Roberta dormia com o pai e outra irmã no quarto ao lado. Uma prima de Roberta freqüentava a casa e dormia alguns dias com eles. Roberta relatou ter escutado várias vezes seu pai tendo relações sexuais com esta prima. A cliente também relatou ter visto o pai “coçando a barriga” de uma priminha no beliche do quarto, e achou muito estranha a reação de susto de seu pai, quando ela entrou no quarto.

Aos 19 anos de idade, Roberta contou para mãe sobre o relacionamento do pai com a prima e a mãe decidiu se separar definitivamente. Foi quando Roberta, a mãe e a irmã vieram para a cidade de São Paulo.

Assim que chegou a São Paulo, a cliente procurou emprego e iniciou um curso de teatro, onde conheceu seu ex-marido (M.). Casou-se com 19 anos e engravidou da primeira filha. Quatro anos depois, engravidou do segundo filho. O marido fazia faculdade e trabalhava numa empresa. Ela era dona de casa e ficava com os filhos em tempo integral. No casamento, diz ter sofrido violência física e psicológica. Relatou que o marido ia para as festas de faculdade e voltava de madrugada. Ela se sentia muito sozinha. Roberta descobriu as traições do marido com amigas de faculdade (as meninas telefonavam na casa dela) e também viu o marido tendo relações sexuais com a prima. Nesse episódio, Roberta teve um acesso de raiva, bateu no marido no banheiro e apanhou muito. A separação ocorreu e Roberta foi morar em um apartamento popular com os dois filhos. Segundo o relato de Roberta, quando os filhos entraram na adolescência, o pai (M.) propôs que eles fossem morar com ele, porque assim eles teriam escola particular, cursos etc. Nessa época, o pai das crianças tinha um bom emprego, tinha comprado um apartamento de classe média (com

piscina, quadras poliesportivas, três quartos) e tinha decorado um quarto para os filhos. Foi assim, de acordo com Roberta, que M. convenceu os filhos a irem morar com ele (*“ele os corrompeu”*). Roberta se sentiu traída, pois não conseguia imaginar que seus filhos poderiam *“ser comprados por tão pouco”*.

Depois desse episódio com os filhos, Roberta disse que passou dois meses *“vagando”* (deixou de fazer suas coisas), *“como se o mundo fosse apenas um pano de fundo”*. Rompeu com os filhos, se mudou para o alojamento estudantil e ficou sozinha.

5. Análise da queixa da cliente

A insônia poderia ser uma forma de Roberta se esquivar de relacionamentos, enfrentamentos e obrigações. Por exemplo, em dia de prova na faculdade, Roberta não conseguia dormir a noite e, ao amanhecer, ela dormia profundamente. Ao dormir durante o dia, a cliente perdia as aulas da faculdade e as provas e se esquivava do contato com as pessoas. O foco da intervenção, portanto, deveria ser os relacionamentos de Roberta e seus enfrentamentos, e não seus problemas de sono ou o pavor noturno. Algumas hipóteses foram levantadas: a) déficit de repertório para lidar adequadamente com as situações de relacionamento interpessoal: se comporta de forma agressiva e afasta as pessoas (curto prazo) produzindo isolamento social (longo prazo), b) dificuldades em expressar sentimentos e controlar a raiva e c) dificuldades em estabelecer relacionamentos íntimos.

6. Análise das contingências:

7. A análise das contingências é apresentada em quadros que explicitam a tríplice contingência: os antecedentes, as respostas e os conseqüentes. O Quadro 1 apresenta análises moleculares e molares.

Quadro 1. Análise de contingências do caso clínico. O número 1 apresenta a análise molar e os números 1.1, 1.2, 1.3 correspondem às análises moleculares, respectivamente.

Antecedentes	Respostas	Conseqüências
1) Situações que demandam intimidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intimida (coerção clara): Fala agressivamente, Fala e sorri ironicamente; Xinga; Discute; Testa; Teoriza. ✓ Manipula (coerção sutil) ✓ Seduz (agradável para o interlocutor): Engaja-se em comportamentos que produzem reforçadores para o outro. 	<p>Obtém submissão e bens (reforçamento positivo);</p> <p>Esquiva-se de ser magoada em relacionamentos interpessoais (reforçamento negativo);</p> <p>As pessoas percebem a manipulação, demonstram raiva e se afastam e ela se esquiva de ser magoada (reforçamento negativo);</p> <p>Isolamento social (reforçamento negativo / punição positiva a médio e longo prazo)</p>
Exemplos moleculares:		
1.1. Aproximações do único amigo (A.)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expressa sentimentos de forma agressiva; ✓ Fala ironicamente com ele e “fecha a cara” quando considera um absurdo o que ele disse; ✓ Diminui a ida a casa dele; ✓ Desvia do caminho quando o vê e finge que não o viu. 	<p>Esquiva-se de relacionamento (reforçamento negativo)</p> <p>O amigo evita contato, deixa de ligar e de convidá-la para fazer coisas juntos. Quando a encontra, expressa raiva (aversivo no longo prazo).</p>
1.2. Aproximação de um professor que conta de sua dificuldade para arrumar alguém para cuidar do seu filho.	<p>Roberta cuida do filho do professor.</p> <p>↓</p> <p>Conta para o professor dos seus problemas pessoais e financeiros (“<i>não tenho dinheiro nem pra comer</i>”)</p> <p>↓</p> <p>Pede dinheiro emprestado</p>	<p>Recebe o dinheiro que pediu (reforçamento positivo);</p> <p>O professor percebe a manipulação e se afasta dela e não é magoada (reforçamento negativo)</p>
1.3. Na relação terapêutica, diante de uma pergunta da terapeuta.	Fala agressivamente	<p>Terapeuta fica quieta, não confronta (reforçamento negativo);</p> <p>Controle da situação (reforçamento positivo).</p>

De acordo com o Quadro 1, nas situações que demandavam intimidade com as pessoas, Roberta emitia três topografias de respostas com a mesma função: ora ela

intimidava o ouvinte, caracterizando uma coerção clara; ora manipulava (coerção sutil) e ora seduzia, sendo essa última resposta mais agradável para o interlocutor. Tanto na manipulação quanto na sedução, Roberta se engajava em comportamentos que produziam reforçadores para as pessoas e como consequência imediata obtinha bens, submissão e se esquivava de relacionamentos interpessoais. Para a primeira consequência (submissão e bens), o processo envolvido era de reforçamento positivo, uma vez que a apresentação do reforço positivo aumentava o responder que o produzia e, para a segunda consequência, as respostas evitavam estímulos aversivos envolvidos no relacionamento com as pessoas, e tornavam-se mais provável (reforçamento negativo).

Nas análises moleculares (ou seja, nas análises dos comportamentos em termos de seqüências de eventos, momento a momento, em um dado contexto) o exemplo 1.1 mostra a resposta de intimidar e de evitar relacionamentos com o amigo de faculdade. Na presença do amigo, Roberta expressava sentimentos de forma agressiva e falava ironicamente quando não concordava com as atitudes e opiniões do colega. Também deixou de atender os telefonemas, ir até a casa dele e desviava do caminho quando ele se aproximava. Dessa forma, Roberta produziu o afastamento do amigo e ele, quando a encontrava, expressava raiva. Roberta se afastava e evitava ser magoada.

Como exemplo da manipulação e sedução, Roberta se aproximou de um professor e se mostrou preocupada com a dificuldade que ele estava tendo para conseguir alguém para cuidar do filho. Roberta se ofereceu para cuidar do filho do professor e em seguida começou a contar sobre seus problemas pessoais e financeiros. O professor, comovido com o depoimento de Roberta, acabava

emprestando dinheiro para ela poder resolver as questões de sua vida. A curto prazo, Roberta recebia o dinheiro e as respostas de manipular e seduzir eram reforçadas positivamente. Entretanto, a médio prazo, o professor percebia a manipulação, expressava raiva e se afastava dela (longo prazo).

No relacionamento com a terapeuta, diante de uma solicitação de relato, Roberta respondia agressivamente e a terapeuta frequentemente ficava quieta, o que a mantinha no controle da sessão (ela determinava os temas que seriam abordados) e a mantinha se esquivando de se relacionar com a terapeuta (reforçamento negativo).

Quadro 2. Análise de contingências do caso clínico. O número 2 apresenta a análise molar e os 2.1, 2.2, 2.3 correspondem às análises moleculares, respectivamente.

2) Quando é contrariada	Intimida: Fala agressivamente Fala e sorri ironicamente Discute; Teoriza Xinga	Retirada parcial da estimulação aversiva antecedente (reforçamento negativo)
Exemplos moleculares 2.1. Diante de um serviço de um pedreiro que a cliente julgou não estar correto	Discute com o pedreiro; Teoriza sobre como é feito o cimento; Ensina-o como fazer o trabalho.	O pedreiro faz uma parte do trabalho como ela pediu (reforçamento positivo); Ao receber o pagamento, o pedreiro vai embora sem completar a tarefa (reforçamento negativo - não interage/Punição positiva).
2.2. Diante de uma discordância do professor que não concorda com seu ponto de vista.	Discute com o professor; Teoriza sobre o assunto.	O professor fica quieto (reforçamento negativo)
2.3. Na relação terapêutica, diante de uma discordância e/ou distanciamento da terapeuta	Fala ironicamente; Teoriza sobre Psicologia, Freud e psiquê.	Esquiva-se de se relacionar (reforçamento negativo); Terapeuta fica quieta sem ter o que responder (reforçamento negativo).

O Quadro 2 mostra que diante de situações nas quais Roberta era contrariada, a coerção era clara. Intimidava as pessoas, falando de forma agressiva, discutindo, teorizando e até mesmo ofendendo as pessoas. Imediatamente, essas respostas eram reforçadas positivamente uma vez que Roberta conseguia retirar parcialmente a estimulação aversiva de ter sido contrariada. Por outro lado, as pessoas ficavam sem ter o que responder indicando submissão (ou seja, a operação seria reforçamento negativo uma vez que interagir com as pessoas a colocaria em contato com estimulação aversiva).

No exemplo molecular 2.3, diante de uma discordância ou distanciamento da terapeuta, Roberta começava a falar de forma agressiva e teorizava sobre assuntos psicológicos, tais como as teorias de Freud e o funcionamento da psique. Mais uma vez, Roberta se esquivava do relacionamento íntimo com a terapeuta.

Quadro 3. Análise de contingências do caso clínico. O número 3 apresenta a análise molar e os números 3.1 e 3.2 correspondem às análises moleculares, respectivamente.

3) Situações que envolvem demandas acadêmicas e atividades cotidianas	<p>“Insônia”: Fica acordada durante a noite e quando dorme, sente os “sintomas do pavor noturno” ↓ Dorme o dia todo e fica em casa</p>	Esquiva-se dessas responsabilidades, adiando-as (reforçamento negativo).
<p>EXEMPLOS:</p> <p>3.1. Na véspera de entrega de trabalho ou prova e dia de prova.</p>	<p>Tenta estudar todos os livros sobre a matéria e acaba desistindo devido à quantidade de coisas. Fica ansiosa. ↓ Permanece acordada durante a noite. ↓ Dorme o dia todo e falta na</p>	Os professores dão outro prazo para entrega dos trabalhos e permitem fazer provas substitutivas (reforçamento negativo - esquiva-se da demanda).

	prova.	
3.2. Na véspera de se encontrar com um novo pedreiro para acertar o trabalho incompleto do outro.	Insônia na noite anterior e “pavor noturno” ↓ Dorme no dia do encontro.	Adia o encontro com o pedreiro (reforçamento negativo).

No quadro acima, a insônia de Roberta tinha como antecedente situações que envolviam demandas acadêmicas e atividades do cotidiano. Por exemplo, na véspera de entregar um trabalho ou de fazer uma prova, Roberta tentava estudar e ler todos os livros sobre o assunto, aumentando o custo da resposta e, como não era bem sucedida no cumprimento dessa tarefa, ficava ansiosa e permanecia acordada durante a noite (sentindo os sintomas corporais do pavor noturno). No dia seguinte, dizia não ter condições físicas de se levantar e realizar a prova, dormindo durante o dia. Os professores acabam estabelecendo para ela novos prazos de entrega de trabalho e provas substitutivas (item 3.1.). A insônia e o pavor noturno também apareciam em situações onde Roberta precisava interagir com pessoas. Como no exemplo 3.2., combinou de se encontrar com um novo pedreiro para discutir a finalização do trabalho, mas na noite anterior teve insônia e pavor noturno, adiando o encontro com o operário.

8. Intervenções

a. Intervenções nas dificuldades relacionadas ao cotidiano

A terapeuta optou por começar a intervenção selecionando as dificuldades que Roberta apresentava na realização das tarefas do dia-a-dia, uma vez que as questões do cotidiano poderiam ser temas menos aversivos e havia uma dificuldade em sessão

de se conversar sobre outros temas. Falar do cotidiano seria incompatível com teorizar, em um procedimento de reforçamento diferencial.

A seguir estão alguns exemplos de intervenções que foram realizadas com a cliente sobre as questões do cotidiano.

- Exemplo 1: organização do tempo

T.: *“Vamos pensar: o que é importante para você agora? O que você tem que fazer para a próxima semana? Se você não fizer isso, qual a consequência?”*

- Exemplo 2: resolução de problemas práticos.

T.: *“Tudo bem, você fez isso e o que aconteceu? Então, você poderia tentar fazer desta forma, falar mais calmamente e explicar o que você quer para o pedreiro. E lembre-se, o que é óbvio para você, pode não ser para o outro”.*

A terapeuta também deu orientações à cliente no que se refere aos seus estudos, oferecendo formas de organizar melhor o tempo gasto neles e ensinando outras maneiras mais eficientes de estudar.

Após um ano de terapia, uma nova análise de contingências pode ser apresentada indicando os resultados. O Quadro 4 evidencia a tríplice contingência.

Antecedentes	Respostas	Conseqüências
1) Situações nas quais é contrariada	Fala e explica o que gostaria	As pessoas fazem o que foi combinado (reforçamento positivo)
1.1) O pedreiro discorda de R.	Fala adequadamente Explica como gostaria que ele fizesse o trabalho	O pedreiro faz o que ela propôs e a obra é finalizada. (reforçamento positivo)
2) Situações de demanda acadêmica e cotidiana	Procura pessoas que podem ajudá-la Pede ajuda para as pessoas	Consegue terminar as tarefas (reforçamento positivo)
2.1) Prova difícil na semana	Pede ajuda para o colega de classe Estuda o material necessário	Tira boas notas (reforçamento positivo) Passa em todas as disciplinas

	Aceita sugestões dos colegas	do semestre Sente-se feliz (“é o melhor momento da minha vida”) (reforçamento positivo)
--	------------------------------	---

Quadro 4. Tríplice contingência após a intervenção sobre as questões do cotidiano. Os números 1 e 2 indicam as análises molares e os números 1.1. e 2.1 mostram as análises moleculares.

Uma questão interessante a ser discutida é que os comportamentos de falar adequadamente, pedir ajuda, aceitar sugestões de colegas e estudar também envolvem formas de se relacionar (são mediados por pessoas) e, ao serem reforçados, passaram a ter alta probabilidade de ocorrência.

b. Intervenções baseadas na Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy – FAP*)

Após os resultados das intervenções sobre as dificuldades do cotidiano, tornou-se necessário discutir as dificuldades de relacionamento interpessoal de Roberta observadas pela terapeuta em sessão e pelos relatos verbais da cliente das situações extra sessão. Uma das principais características do Transtorno de Personalidade *Borderline* refere-se à instabilidade e intensidade dos relacionamentos e em alguns casos, observa-se uma esquia de intimidade. Essa foi uma hipótese considerada na análise de contingências. Optou-se então por utilizar a FAP uma vez que esse tipo de terapia enfatiza os problemas interpessoais.

Como observado nos quadros da tríplice contingência, os comportamentos clinicamente relevantes (CCRs1) eram emitidos por Roberta na relação com a terapeuta. Ao se aproximar das questões do relacionamento interpessoal, observou-se que Roberta editou o relato verbal e omitiu informações relevantes sobre os

acontecimentos de sua vida. Comportamentos de manipulação emitidos por Roberta diante de situações de intimidade tornaram-se evidentes.

Ao discutir o processo de produção do comportamento verbal, Skinner (1957), descreveu o processo de edição. Neste processo, respostas podem ser liberadas ou rejeitadas pelo falante, de acordo com os efeitos que essa manipulação exerce sobre o ouvinte. Uma das razões para a rejeição de uma resposta pelo falante é o fato dela ter sido anteriormente punida. A punição não enfraquece diretamente a resposta, ela fortalece formas incompatíveis de resposta. Rejeitar uma resposta reduz a estimulação aversiva condicionada gerada por ela e é reforçada por isso. Por exemplo, tapar a boca com a mão para prevenir uma resposta falada pode ser entendido como uma esquiva, assim como o fato de se dizer algo em seu lugar (Skinner, 1957; Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer, & Starling, 2008).

De acordo com Meyer e colaboradores (2008), quando o cliente fala muito em terapia pode-se levantar a hipótese desta fala ser uma forma de edição. De acordo com a análise de contingências do caso de Roberta, o comportamento de teorizar tinha função de esquiva de relacionamentos interpessoais. Este comportamento deslocava outras respostas passíveis de punição, além de ser incompatível com o falar de outro tema.

Considerando essa análise, a terapeuta passou a questionar se Roberta também estava manipulando a terapeuta e que tipo de relacionamento tinha se estabelecido no decorrer do processo terapêutico. Esse tipo de relato de Roberta produziu um afastamento da terapeuta e um aumento dos comportamentos agressivos da cliente em sessão. Abaixo, algumas falas de Roberta como exemplo:

- *“As pessoas tomam choque e ficam pulando de um lado para o outro e eu sei da onde vem”.*
- *“Com você eu não chego a lugar nenhum. Você está ausente. Você está muito diferente, voz diferente, olhar, você está abordando coisas nada a ver. Você está no padrão de novo. Eu vou embora, já te falei isso”.*

Apesar da classe de respostas agressivas ter aumentado de frequência após o afastamento da terapeuta diante dos relatos de Roberta, observou-se a diminuição da edição sugerindo que uma situação de intimidade poderia estar ocorrendo. Segundo Cordova e Scott (2001), a intimidade poderia ser operacionalizada em termos comportamentais e os autores procuraram definir alguns aspectos comuns que definiriam os eventos íntimos. Um dos eventos considerados foi o de se engajar em comportamentos interpessoais vulneráveis a punição. Segundo os autores, o comportamento interpessoal pode ser definido como comportamentos que ocorrem em contextos com mais de uma pessoa, podendo ser uma díade ou um grupo. Já a vulnerabilidade nesse contexto pode ser entendida quando o indivíduo se engaja em determinados comportamentos com uma história de que pode haver risco de punição. *“A expressão de vulnerabilidade envolve engajar-se em comportamentos que foram associados com respostas contingentes a punição por outras pessoas em outros contextos sociais”* (Cordova & Scott, 2001). Outra característica importante a ser considerada é o reforço desses comportamentos. De acordo com Cordova e Scott (2001), os exemplos de intimidade referem-se diretamente, indiretamente ou historicamente a expressões de vulnerabilidade que foram reforçadas. Assim, *“a principal referência para o termo intimidade é uma seqüência de eventos nos quais*

comportamentos interpessoais vulneráveis a punição são reforçado pelo responder de outra pessoa” (Cordova & Scott, 2001).

Considerando o caso em questão, se a terapeuta se comportasse como as outras pessoas se comportavam (agredir ou se afastar) com Roberta fora de sessão nas situações de intimidade, o padrão de comportamentos problemas da cliente poderia ser mantido.

A FAP foi introduzida gradualmente e as questões da relação terapêutica e as dificuldades de relacionamento com as pessoas puderam ser discutidas. Dessa forma, análises importantes foram sendo relatadas por Roberta. Como exemplo, alguns episódios verbais são apresentados a seguir:

a) Episódio 1:

R.: Eu estou sempre me relacionando com as pessoas só que eu me canso e me sinto mal com elas. Estou acostumada com o sentimento de desolação. Isso cansa (olhos cheios de lágrimas). Invisto nas pessoas para me sentir menos desolada, mas não consigo.

T.: Então, o que você está falando é muito importante. Você se sente... deixa eu pensar...

R.: Pára de ficar rodeando e fala na cara!! (CCR1)

T.: Foi bom você ter falado isso. Por que você acha que eu não falo e fico rodeando?
[início da FAP].

R.: (pensativa)... Ah, porque dependendo do que você fizer eu vou embora.

T.: Então, isso é uma coisa legal para conversarmos. Veja, todo comportamento produz uma consequência. Se você fala comigo de uma maneira agressiva, provavelmente eu

vou acabar não falando determinadas coisas. Imagina com você falando que vai embora!

R.: (risos)... você tem razão... (pensativa) me esquivo das situações com pessoas com medo de me machucar...(CCR3).

b) Episódio 2:

R.: Eu não quero falar de meus sentimentos, minhas coisas aqui!

T.: Por quê?

R.: Eu quis dizer para a P.(namorado do amigo D.) para agredir mesmo, como você é medíocre! Não se mete comigo! Isso eu não mudo, sou assim. Eu quero ver a reação deles e ver se são confiáveis.

T.: Mas quais serão as conseqüências?

R.: Eu não vou mudar. Não me vem falando disso. Eu já sei que a minha vida inteira foi assim. E eu também me divirto com isso. Traço o perfil da pessoa e adoro ver elas com medo.

T.: Como está acontecendo aqui?[FAP]

R.: É.

T.: E que outras coisas acontecem aqui que são parecidas com o que as pessoas fazem lá fora?[FAP]

R.: Não sei.

T.: E a manipulação acontece aqui com a gente?[FAP]

R.: Não, mas se você fizer como as outras pessoas, vou fazer. É... eu manipulo sim, porque as pessoas precisam ser melhores e se desenvolver só que eu acabo sendo agressiva. Talvez eu faça mais isso por causa da minha história.[CCR3]

T.: Comportamento selecionado pela...

R.: Isso mesmo, eu faço de forma muito sofisticada e sei que tem conseqüências drásticas, mas não vou mudar. Eu não vou fazer diferente e não adianta falar disso porque eu já sei dessa análise, e mesmo assim eu não vou mudar.

T.: E então, quais seriam os objetivos da terapia?

R.: É, aprender a lidar com o lado agressivo, desumano e anormal.

T.: E vamos ter que falar de você, de sentimentos. Não tem jeito. E eu tenho uma hipótese a respeito disso tudo que acontece entre a gente. Temos uma dificuldade de lidar com situações de intimidade, onde você fica super exposta e vulnerável ao outro. Aí você agride, faz coisas para afastar as pessoas....

R.: É ... pode ser. (Ao nos despedirmos, R. vira e me fala: "você pensa que me pegou!").

c) Episódio 3:

R.: Até onde você me entende ou faz que entende?

T.: Por que você está me perguntando isso? Você está perguntando sobre o nosso relacionamento?[FAP]

R.: Eu não posso mais sofrer mais quedas, me machucar. Estou te pressionando mesmo, porque eu não quero me apegar e eu sei que fazendo isso aqui eu já estou me abrindo e me apegando.

T.: Agora eu entendi a sua frase na semana passada... 'você pensa que me pegou'. Você tentou se proteger?

R.: É que eu sei que se eu sofrer uma decepção, o meu lado agressivo aparece e eu não quero. Esse mecanismo de não me apegar é tão forte. Diário. E desconfortável. Porque para construir é difícil. Olha o D. Eu não tenho uma vida social. Não dá, as pessoas são diferentes. [CCR3]

d) Episódio 4:

T.: Nossas sessões estão sendo muito agradáveis, estamos conversando sobre coisas importantes de uma forma gostosa, tranqüila.

R.: Só agora que você está me conhecendo.

T.: Por que só agora?

R.: Você conseguiu fechar muito as coisas na minha cabeça.(...). Você falou de mim. Eu sinto mais intimidade entre a gente. Antes era um trabalho, eu estava vindo aqui porque eu acredito em você. Eu tinha receio de falar com você isso, que não estava adiantando. Mas eu não sei que eu confiava em você e sabia que uma hora você ia me entender. Três coisas não saem da minha cabeça, aquilo que conversamos sobre não deixar as coisas acumularem porque aí eu explodia, nossa, como é mais fácil lidar logo no começo, foi maravilhoso (sobre o controle da raiva). Coisas técnicas que você me ensinou e explicou sobre a filogênese, ontogênese e cultura, dos comportamentos. E a outra coisa eu não lembro.

T.: Fico muito contente de ouvir tudo isso.

R.: Será que demora dois anos para as coisas melhorarem? (risos)

T.: É, acho que depende do nosso relacionamento.

R.: (Risos) ...você passou em todas as provas de fogo! (risos)

T.: Pois é, se a gente tivesse conseguido encurtar tudo isso...

R.: É mesmo, eu vinha aqui e te metralhava! (risos)

T.: E você se lembra daquela sessão que você me falou para eu parar, eu ser direta com você, me dizendo que eu não estava falando?

R.: Nossa hoje você está desenterrando as coisas! (risos). Eu lembro sim, mas me fala, se não lembrar eu te corrijo.

T.: Eu não vou lembrar as palavras exatas, mas eu te falei que eu não falava porque você tinha me ameaçado (R. interrompeu)...

R.: Ah é, dependendo do que você falasse eu ia embora mesmo! (Risos).

T.: Então, não falei!! (risos). E aí conseguimos discutir sobre a interação, sobre o que nosso comportamento pode produzir no outro e no ambiente...

R.: É mesmo... (ficou pensativa).

T.: Ok, então nos vemos na próxima semana e nesse horário. Gostei de hoje!

e) Outras falas relevantes da cliente – CCRs3

- “Não quero sentir sensações que estão associadas a perda....por isso eu tenho um mecanismo de defesa – eu me afasto de todos”.
- “Percebo que as pessoas passam do meu limite mais do que com as outras, eu aceito muita coisa”.
- “Tenho medo de perder a amizade e lembra, eu não quero viver a situação de perda....por isso que eu me esquivo.”
- “Eu não me envolvo com as pessoas porque isso implica em estar de coração aberto e se a pessoa não for legal, ela vai me magoar e machucar e eu demoro para perceber. Eu fico com uma dependência dela. Eu não identifico isso antes, sabe, essas coisas subjetivas. As diferenças de valores existem e eu não percebo, fico relevando as coisas e acabo passando por cima de mim. Quando eu me interessar é tão sincero que eu me doo e me machuco”.

- *“Na quinta aconteceu uma coisa, eu vou te contar hoje, mas vou omitir, porque eu não vou ficar na sua mão, vulnerável, porque você tem o poder de me internar e isso me matará por dentro”.*
- *“As pessoas me cansam. Eu fico estressada. Eu sei que quando eu fico exposta ao ambiente externo não sei lidar com as pessoas e fico cansada. Aí eu saio do lugar, eu desligo porque eu não suporto a situação e eu dissimulo e finjo para eu sobreviver, só que exige muito esforço e eu não consigo desligar a noite para dormir”.*
- *“Três coisas mudaram em mim: antes eu era organizada e hoje meu quarto é bagunçado e lido com isso bem. Outra coisa é na hora da prova, antes eu travava e agora eu não travo mais. Essa outra coisa é mais engraçada e complicada: canso de defesa e vou para dane-se todo mundo, sem pensar muito nas coisas e conseqüências. É aquilo, é mais fácil dar o pulo do que ir para o meio. Eu já sei qual é o oposto e eu não sei o que é o meio. Para você chegar no meio dá trabalho, você tem que pensar, analisar, cansa”.*

Formulação do caso clínico 2 - Vinícius

9. Identificação da cliente

Vinícius (nome fictício), 17 para 18 anos de idade quando iniciou a terapia. Mora com os pais e tem um irmão que é mais velho. Iniciou a terapia em 2007, apresentava o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide e não fazia uso de medicação psiquiátrica. O cliente foi encaminhado pela psicóloga da triagem para iniciar a terapia imediatamente, uma vez que esta psicóloga avaliou grande sofrimento do cliente, com dificuldades de conversar, de falar de sentimentos, além do cliente se mostrar fisicamente muito tenso.

10. Queixas apresentadas pelo cliente

Na primeira sessão, o cliente estava muito tenso e ansioso, ou seja, a musculatura estava contraída, respiração curta, andava bem devagar (como se fosse uma pessoa idosa), tossia muito (mas não estava resfriado/gripado) e parecia se esforçar para engolir a saliva.

A principal queixa trazida pelo cliente era que ele precisava se emancipar dos pais. Segundo o relato do cliente, ele estava cansado de viver com os pais e gostaria de ter “sua vida e ser independente”. A situação em casa era, segundo ele, a situação de sofrimento. Também relatou que ele optou pela terapia comportamental para poder aprender a se comportar de uma maneira que não trouxesse sofrimento, além de querer informações técnicas e literatura a respeito da teoria e terapia comportamental.

11. Dificuldades de Vinícius

As dificuldades de Vinícius foram definidas de acordo com várias áreas:

a. Questões familiares

Vinícius dizia não "aguentar" mais seus pais porque ele sofria "violência psicológica", principalmente por parte da mãe. Dizia se sentir sozinho, como se não existisse em casa. O irmão mais velho era tido como "o perfeito" e ele como um "zero à esquerda". Vinícius conversava muito pouco com o irmão e, quando tentava alguma aproximação, o irmão o rejeitava. Saía pouco do quarto e dizia que as pessoas em casa não o entendiam.

b. Questões acadêmicas

Vinícius estava fora da escola. Dizia que estava cansado e que tinha pedido para os pais umas férias da escola, mas que no ano seguinte retornaria aos estudos. De acordo com a mãe, o filho não apresentava dificuldades acadêmicas, conseguia entender as aulas, mas tinha dificuldades em se organizar para estudar. Vinícius relatou ter sofrido *bullying* durante todos os anos escolares.

c. Relacionamento interpessoal

No relacionamento com as pessoas no cotidiano

Vinícius se relacionava muito pouco com as pessoas. O convívio se restringia aos familiares. Quando descrevia essas interações, conflitos apareciam porque Vinícius não conseguia se expressar e pedir o que queria. Geralmente, ele fica muito tenso quando não compreendido, batia as mãos fechadas fortemente (ocasionando lesões na pele). Diante da possibilidade de se relacionar com pessoas, o cliente se fechava, fazendo expressões faciais agressivas e intimidava com o olhar. As pessoas geralmente se afastavam dele.

No relacionamento com a terapeuta

As quatro sessões iniciais foram difíceis, o cliente falava em tom muito baixo, apresentava “crises” em sessão, isto é, tossia muito e como consequência a voz não saía, batia as mãos (como bater palmas com os dedos) de forma violenta (os dedos ficavam roxos), chorava e arrotava (dizendo que era o estômago que estava ruim). Dizia se sentir um velho. A fala era prolixa, grande dificuldade em usar as palavras para se fazer compreendido, frases desconexas. Diante de solicitações de relato da terapeuta, V. não respondia, apresentava os sintomas corporais descritos acima, batia os dedos ou chorava. Em uma situação de terapia, diante de uma solicitação de relato da terapeuta, o cliente “entrou em crise” e o nariz começou a sangrar muito, depois que ele forçou a respiração. O cliente relatou que isso sempre acontecia porque tem o “costume de cutucar o nariz até machucar”, e que sua mãe reclamava constantemente das suas camisetas sujas de sangue e difíceis de lavar. O cliente também chegava atrasado para as sessões, geralmente de 40 a 45 minutos de atraso.

V. disse que não tinha amigos, se sentia como uma pessoa invisível no mundo e fazia muito pouco durante o dia. As atividades cotidianas consistiam em ir para a escola de manhã e durante a tarde fazer aulas de Aikidô e Kumon (duas vezes por semana cada uma).

12. Relatos da história de vida para o entendimento do caso

Vinícius morava com os pais e um irmão e já havia morado em outras cidades do interior. O pai, com emprego instável, mudava de cidade frequentemente. A mãe era dona de casa e cuidava de todos. Os pais haviam passado por dificuldades financeiras e, segundo o cliente, isso era frequente. As brigas com relação à dinheiro e

contas no final do mês eram comuns. Na época de escola, o cliente nunca teve amigos e se considerava como se fosse um "fantasma", pois "ninguém me nota; é como se eu passasse invisível pelas pessoas e pelo mundo". V contou que apanhou algumas vezes dos meninos e que os anos escolares foram anos difíceis ("tiravam muito sarro de mim"). O cliente dizia ter um mundo paralelo com linguagem própria e que então, "isso era o suficiente".

13. Análise da queixa do cliente

O relato verbal rebuscado mas pouco, provavelmente tinha como função se esquivar de se relacionar com pessoas. O cliente fazia muitas interpretações sobre o que estava ocorrendo com ele no ambiente externo, sempre concluindo que o mundo era ameaçador e que ele precisava se defender de todos e de tudo. Desta maneira, a dificuldade extrema de relacionamento interpessoal se fez presente ao longo de toda a vida escolar de Vinícius. Algumas hipóteses investigativas foram levantadas:

a) possível quadro de depressão e isolamento social,

b) baixo repertório social (por exemplo, na situação de terapia diante de uma pergunta da terapeuta, não soube se esquivar e precisou sair rapidamente da sala),

c) Presença de auto-lesivos: reforçamento positivo, negativo e sensorial?

- "Invisível" → autolesivos (bater os dedos e cutucar o nariz) → "Visível"

indicando reforçamento intermitente?

- "Cutucar o nariz" → para mobilizar os familiares?

d) Devido a esses "sintomas da crise" ele acaba não colaborando em casa e é poupado das demandas → pode ser por reforçamento negativo?

e) Competição com o irmão → são inteligentes → a família pode ser exigente → o cliente pode apresentar determinados comportamentos para evitar as exigências?

f) Em situações de avaliação → fica tenso (sensações corporais), “entra no seu planeta” → Esquiva-se de sentimentos de raiva e rejeição e das possíveis avaliações das pessoas. Esquiva-se dos relacionamentos e da tarefa.

Alguns exemplos ilustrativos:

1) V. disse que fica muito tenso e apreensivo quando está com pessoas e que isso poderia ter sido devido às dificuldades na infância e adolescência. Disse que sofre só de imaginar alguma situação com pessoas. Exemplo: iria jogar vôlei na aula de quinta-feira e desde segunda ficou imaginando como seria essa aula e percebeu que ficou muito tenso e apreensivo. No dia do vôlei, V. ficou muito apreensivo e me disse que ficou preocupado com o que as pessoas estavam pensando dele: “o que elas estão pensando de mim?”, “se eu errar o saque?”, “elas não me conhecem para pensar coisas de mim”, “elas não sabem quem realmente sou”, “elas ficam comentando de mim”. V relatava que ficava tenso em situações que se sentia avaliado pelas pessoas e disse que ficava ansioso, sua visão embaçava e perdia o foco, a musculatura toda contraía e doía muito, respiração curta e depois vinham as dores de cabeça e no corpo. Ao perguntar como ele havia feito no jogo de vôlei sentindo tudo isso, V. relata que ficou distraído, isto é, que ele tentou se distrair com outras coisas, entrando no seu mundo imaginário e no seu planeta, porque assim não sentia e não ficava pensando sobre a avaliação das pessoas. E...errou o saque, as pessoas riram e ele saiu do jogo

2) V. sempre dizia que cometia erros de interpretação, que não sabia como avaliar as situações. Antigamente, havia explosões de raiva, mas que agora ele fica tenso e sente dores.

3) V. relatava que conseguia ter apenas relacionamentos superficiais (conversa com a balconista da papelaria e com algumas pessoas do bairro). Nos relacionamentos mais íntimos ficava “atrapalhado” e não conseguia avaliar o que estava acontecendo (“eu não me relaciono direito porque leio tudo errado os sinais e as pessoas acabam se aproveitando de mim. Então, eu não me envolvo mesmo”)

14. Intervenções

A terapia consistiu em ajudar o cliente a organizar os horários e obrigações para que não se “esquecesse do dia” ou atrasasse nos compromissos. A forma de falar e de se expressar em terapia foram modelados e o cliente passou a apresentar falas mais coerentes, menos prolixas e a sessão de terapia se tornou mais agradável. Formas de se comportar para lidar com conflitos também foram aprendidas, tanto na relação com a terapeuta quanto na discussão de situações que ocorreram fora da terapia. Uma vez que a fala estava mais coerente e o repertório comportamental ampliado, o cliente também conseguiu se comunicar melhor com as pessoas do seu cotidiano e pôde assim, estabelecer alguns relacionamentos com os colegas de aula. Conseguiu mudar de escola e estabelecer amigos no novo ambiente. Os autolesivos diminuíram de frequência, não ocorrendo nas sessões de terapia e em casa.

No que diz respeito as demandas, V. consegue hoje estabelecer metas e organizar formas de cumprir com as demandas. Por exemplo, no Aikidô, V. consegue se dedicar e fazer bons treinos para poder se preparar para a prova para trocar de faixa. Antigamente, V. “tinha crises e passava mal” diante de treinos que tinham como objetivo prepará-lo para o teste e, na prova, era poupado. Isso acabava

geralmente uma falta de confiança nas pessoas (“as pessoas não acreditam mais em mim”) e no próprio cliente (“eu não sou capaz mesmo”).

ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE COMO DISPOSTO NA RESOLUÇÃO 196/96 DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E NA RESOLUÇÃO CFP No. 016/2000**

Prezado juiz,

O presente trabalho intitulado *“Delineamento experimental de caso único: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis”* é uma pesquisa de doutorado da psicóloga Claudia Oshiro e está sob orientação da Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

1. Apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo das sessões e dos registros;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro protegido da observação de terceiros;
3. Manter sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação mantida nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade do terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos;
4. Comprometer-me a devolver todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

Eu, _____, portador do RG _____,
realizando a atividade de _____,
para a pesquisa descrita acima me comprometo a respeitar as condições definidas
nesse termo.

/ /

Data

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

