UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

HÉRIKA DE MESQUITA SADI

**Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de
Transtorno de Personalidade *Borderline***

São Paulo

2011

HÉRIKA DE MESQUITA SADI

**Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de
Transtorno de Personalidade *Borderline***

Trabalho apresentado ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia
Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz
Meyer

São Paulo

2011

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

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Sadi, Hérika de Mesquita.

Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline / Hérika de Mesquita Sadi; orientadora Sônia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2011.

133 f.

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

1. Terapia comportamental 2. Processos psicoterapêuticos
3. Distúrbio da personalidade borderline I. Título.

RC489.B4

FOLHA DE APROVAÇÃO

Hérika de Mesquita Sadi

Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ao meu pai, José Sadi, por seu amor infinito
e apoio permanente e por me ensinar sobre a generosidade.
À memória de minha mãe, Suzana Helena, que amava as pessoas e os livros.

AGRADECIMENTOS

À minha querida Orientadora, Sonia, por seus ensinamentos, seu carinho, sua delicadeza e toda sua disponibilidade... desde o começo me recebeu de maneira tão generosa e amiga! As palavras são poucas pra descrever minha gratidão. Aprendi muito com você!

Ao Fábio, por compreender meus momentos de ausência, por todo seu amor e companheirismo, principalmente nestes últimos momentos.

Aos meus familiares e amigos que compreenderam meus momentos de reclusão necessária, muitas vezes não podendo estar presente nas reuniões de família e nas festividades.

À Claudia Oshiro, colega e maravilhosa amiga. Você foi um dos melhores presentes que o doutorado me trouxe. Mesmo distantes geograficamente, nos mantivemos próximas, fortalecendo nossos laços de amizade e fazendo boas parcerias. Você é amiga pra toda vida.

À minha orientadora do mestrado, saudosa e querida Têia, com quem aprendi o que realmente é o Behaviorismo Radical de Skinner e um pouco sobre a paixão de ensinar e aprender.

Aos colegas da USP, que foram em diversos momentos, importantes contingências para o aprendizado e o diálogo fecundo.

Ao amigo Denis, por conversas preciosas enquanto trabalhávamos na USP e por nos oferecer este sistema de categorias que tanto vem nos auxiliando para estudar processo em psicoterapia.

À participante deste estudo, que tornou possível a difícil atividade de pesquisar em Psicoterapia.

Aos meus alunos e supervisionandos, que, com suas questões, enriquecem minhas reflexões.

Aos meus colegas e amigos da Universidade FUMEC que me apoiaram neste percurso.

Aos meus pacientes *borderlines*, que com sua intensidade e sensibilidade me desafiam cotidianamente, criando a motivação para eu me tornar uma melhor terapeuta e pessoa.

Às minhas alunas Ana Flávia Melo e Larissa Bicalho, maravilhosas auxiliares de pesquisa! À Flávia Rodrigues e Henrique Lee. À Julia Pinto e Marilourdes Barbosa por sua ajuda com a estatística no cálculo dos Lag's.

Às Professoras Edwiges e Maria Martha, pela valiosa contribuição em expandir meu conhecimento, suas aulas foram realmente gratificantes.

Às funcionárias Cláudia, Cícera e Rita, do programa de Psicologia Clínica, auxiliando-me sempre que precisei. Muito obrigada por sua atenção e gentileza em solucionar minhas dúvidas e em me receber sempre.

À Nina que sempre esteve presente, que é minha referência profissional. Não cabem em palavras os meus sentimentos e minha gratidão.

"Ouve-me, ouve o meu silêncio
O que falo nunca é o que falo
e sim outra coisa
Capta a 'outra coisa'
porque eu mesma não posso"

(Clarice Lispector)

Sadi, H. M. (2011). Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Clientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* apresentam um alto índice de abandono de terapia. Entender o que ocorre durante as sessões entre terapeuta e cliente com este tipo de transtorno de personalidade pode contribuir para evitar futuros equívocos ou falhas na relação terapêutica, aumentando as chances de continuidade do processo terapêutico e diminuindo a probabilidade de abandono da terapia. O presente estudo teve como objetivo identificar as variáveis que estão relacionadas ao abandono de um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Participou do estudo uma terapeuta de orientação analítico-comportamental, com 12 anos de experiência clínica e uma cliente com 30 anos de idade, casada, sem filhos e com escolaridade superior completo. Um total de 13 sessões foi gravado em áudio, transcrito e categorizado segundo o Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica. Foi feita análise sequencial de atraso (*Lag sequential analysis*). As sessões que compuseram os dados deste estudo foram entre a 9ª e a 22ª sessões, embora a 14ª sessão tenha sido excluída da análise de dados por ter sido uma sessão de casal. Os resultados mostraram que as categorias da terapeuta de maior porcentagem de ocorrência foram 'Facilitação', 'Solicitação de Relato' e 'Empatia' e as menos frequentes foram, 'Solicitação de Reflexão', 'Aprovação' e 'Recomendação'. 'Reprovação' foi a categoria que teve a menor frequência entre as demais categorias da terapeuta. Embora a categoria 'Interpretação' tenha ocorrido em baixa frequência, sua duração foi grande. As categorias de maior porcentagem da cliente foram 'Relato' e 'Estabelecimento de Relações entre Eventos'. E as de menor porcentagem de ocorrência foram: 'Solicitação', 'Concordância', 'Oposição' e 'Melhora'. A categoria 'Metas' não ocorreu nenhuma vez. Ao longo das sessões, foi observado um declínio na porcentagem de 'Estabelecimento de Relações entre Eventos' e um aumento em 'Relato', no que se refere às categorias da cliente. Ao mesmo tempo, foi observada uma diminuição das categorias 'Empatia', 'Solicitação de Reflexão' e 'Interpretação' da terapeuta. As sequências que mais ocorreram foram 'Relato' seguido por 'Facilitação' e 'Facilitação' seguida por 'Relato'. O abandono da terapia pareceu estar relacionado a diversos fatores: a) perda de oportunidades de aprovar e solicitar reflexão e interpretar, b) não dar atenção a relatos sobre queixas de doenças, exercendo função de invalidação, c) férias prolongadas da terapeuta e d) não flexibilidade da terapeuta em fazer mais uma sessão domiciliar em um momento de crise, repetindo assim, um comportamento de invalidação.

Palavras-chave: Terapia Comportamental, Processos Psicoterapêuticos, Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Sadi, H. M. (2011). Analysis of therapist's and patient's behavior in a case of Borderline Personality Disorder. Doctorate Thesis, Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

Clients suffering from Borderline Personality Disorder show a high dropout rate in psychotherapy. The understanding of what occurs during the sessions between therapist and client suffering from this type of personality disorder may contribute to prevent future errors and failures, increasing chances of completing the therapeutic process and reducing drop-out probability. The current study had the objective of identifying the variables related to the drop-out in a case of Borderline Personality Disorder. Participated a female behavior-analytic therapist, with 12 years of clinical experience and a female client, 30 years old, married, no children, with a college degree. 13 complete sessions were recorded in video, transcribed and categorized according to the Multidimensional System for Categorization of Behaviors in Therapeutic Interaction. A lag sequential analysis was carried out. Data of this study refer to the 9th through the 22nd sessions, although the 14th session was excluded, since it was a couple session. Outcomes showed that the therapist's categories in higher percentages were 'Facilitation', 'Request of Report' and 'Empathy' and the less frequent percentages were 'Request of Reflection', 'Approval' and 'Recommendation'. 'Disapproval' was the therapist's category appearing with lower frequency. Although 'Interpretation' occurred in low frequency, it had a long duration. The client's categories with higher percentages were 'Report' and 'Establishment of Relationship between Events'. The lower percentages of occurrences were: 'Request', 'Agreement', 'Opposition' and 'Improvement'. The category 'Aims' did not occur at any time. Throughout the sessions a decrease in percentage of the client's categories 'Establishment of Relationship between Events' and an increase in 'Report' were observed. At the same time a decrease in the therapist's categories 'Empathy', 'Request for Reflection' and 'Interpretation' was noted. Sequences which occurred more frequently were 'Report' followed by 'Facilitation' and 'Facilitation' followed by 'Report'. The therapy drop-out seemed to be related to several factors: a) loss of opportunities by the therapist to approve, to request reflection and to interpret; b) lack of attention to reports on complaints of diseases, having an invalidation effect; c) therapist's extended vacation and d) therapist's refusal to attend an additional home session, in a critical moment, thus repeating the invalidation.

Key-words: Behavior Therapy, Psychotherapeutic Processes, Borderline Personality Disorder.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Transtornos de Personalidade.....	1
Personalidade e a perspectiva Behaviorista Radical.....	3
Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> (TPB).....	7
As características do Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>	8
Epidemiologia.....	12
Fatores Etiológicos.....	13
Psicoterapia Funcional Analítica (PAF/FAP).....	17
Terapia Comportamental Dialética (TCD).....	19
As Pesquisas de Processo em Psicoterapia.....	20
O papel do estudo de caso.....	25
Justificativa e Objetivos.....	27
MÉTODO.....	29
Participantes.....	29
Materiais e Instrumentos.....	29
Ambiente e coleta de dados.....	43
Procedimento de Análise de dados.....	44
Aspectos éticos.....	47
Concordância entre observadores.....	47
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	A relação entre a desregulação emocional e os padrões de comportamento <i>borderline</i> segundo a teoria biossocial (Linehan, 2010)	14
Figura 2 -	Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras do terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões.....	50
Figura 3 -	Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras do cliente do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões.....	52
Figura 4 -	Frequência relativa dos temas abordados em sessão e porcentagem de palavras do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões.....	61
Figura 5 -	Porcentagens das categorias Relato [REL] e Estabelecimento de relações [CER] do cliente ao longo das 13 sessões.....	66
Figura 6 -	Porcentagens das categorias Interpretação [INT], Empatia [EMP] e Solicitação de reflexão [SRF] do terapeuta ao longo das 13 sessões.....	68
Figura 7 -	Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do terapeuta no total das 13 sessões.....	71
Figura 8 -	Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do cliente no total das 13 sessões.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Crítérios diagnósticos do Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> segundo o DSM IV-TR (APA,2002).....	9
Tabela 2 -	Crítério diagnóstico do Transtorno De Personalidade Emocionalmente Instável segundo CID-10(1993).....	10
Tabela 3 -	Número absoluto e porcentagem das categorias do terapeuta em frequência e duração no total das treze sessões.....	50
Tabela 4 -	Número absoluto e porcentagem das categorias do cliente em frequência e duração no total das treze sessões.....	52
Tabela 5 -	Distribuição da frequência e duração dos temas abordados no total das treze sessões.....	61
Tabela 6 -	Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG 3 do terapeuta no total das treze sessões.....	71
Tabela 7 -	Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do cliente no total das treze sessões.....	75
Tabela 8 -	Porcentagem dos temas em relação às categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das treze sessões	117
Tabela 9 -	Porcentagem dos temas em relação às categorias do cliente do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das treze sessões.....	117
Tabela 10-	Porcentagem de ocorrência dos temas abordados ao longo das treze sessões.....	118
Tabela 11-	Porcentagem de palavras dos temas abordados ao longo das treze sessões.....	118

LISTA DE SIGLAS

Categorias do Terapeuta- SMCCIT (Zamignani, 2007)

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

Categorias do Cliente- SMCCIT (Zamignani, 2007)

SOL	Solicitação
REL	Relato
MEL	Melhora
MET	Meta
CER	Cliente Estabelece Reflexão
CON	Concordância
OPO	Oposição
COU	Cliente Outros

FAP	<i>Functional Analytic Psychotherapy</i>
SMCCIT	Sistema Multidimensional para categorização de comportamentos na interação terapêutica
PAF	Psicoterapia Analítica Funcional
TCD	Terapia Comportamental Dialética
TPB	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1-	Conceituação do caso	98
Anexo 2 -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo 3 -	Termo de Responsabilidade para juiz e auxiliares de pesquisa.....	114
Anexo 4 -	Tabelas.....	116

A psicoterapia pode ser definida como um processo que envolve a interação entre dois indivíduos (ou mais), na qual um deles, o cliente, procura ajuda para solucionar seus problemas e reduzir seu sofrimento por intermédio de intervenção terapêutica. O terapeuta, o outro membro da díade, por sua vez, é aquele que supostamente possui treinamento e recursos pessoais para fornecer a ajuda necessária (Garfield, 1995; Meyer, 2009).

A literatura sobre pesquisa em psicoterapia tem declarado que psicoterapia funciona (Seligman, 1995; APA, 2005). Contudo, existe uma parcela de casos que mostram resultados pobres ou mal sucedidos, principalmente em casos considerados difíceis (casos crônicos, casos de transtornos de personalidade, casos em que se encontram diversas comorbidades psiquiátricas). Estes clientes¹ difíceis geralmente exigem do terapeuta maior trabalho em sessão, maiores habilidades de manejo terapêutico, tratamentos mais longos e maior habilidade em lidar com os sentimentos que estes clientes acabam por evocar em sua pessoa. Os clientes com diagnóstico de transtorno de personalidade encontram-se entre a maior parcela dos casos considerados difíceis (Higgitt & Fonagy, 1992; Krumer, 2005; Linehan, 2010).

Saber o que ocorre na interação entre terapeuta e seu cliente com transtorno de personalidade parece ser útil para fornecer subsídios aos terapeutas em como manejar os casos difíceis a ponto de obter sucesso terapêutico, ao invés de considerá-los casos intratáveis.

Transtornos de Personalidade

Os transtornos de personalidade foram introduzidos no DSM-IV como categorias diagnósticas na década de 1980. Sua definição, segundo este manual de classificação, apresenta as seguintes características:

“(...) um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do

¹ Os termos cliente e paciente são tomados no presente texto como sinônimos. Em alguns momentos será utilizado o termo cliente e em outros, o termo paciente. A utilização seguiu a referência da literatura consultada. Geralmente o termo paciente é mais comumente utilizado na literatura psiquiátrica e o termo cliente na literatura da psicologia clínica.

indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos (critério A). Este padrão é persistente e inflexível e abrange uma ampla gama de situações pessoais e sociais (critério B) e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em áreas importantes da vida do indivíduo (critério C)” (APA, 2002, p.642).

Os Transtornos de Personalidade são codificados como pertencentes ao Eixo II do DSM-IV, diferentemente de transtornos do humor, de ansiedade, entre outros transtornos clínicos, que são codificados como pertencendo ao Eixo I. Transtornos de personalidade estão associados a altos níveis de disfunção, comparáveis a importantes transtornos do Eixo I.

Muitos pacientes presentes nos serviços psiquiátricos sofrem de um transtorno de personalidade, embora poucos sejam explicitamente tratados disso. Pacientes com transtorno de personalidade podem se apresentar num primeiro momento para tratar de comorbidades de transtornos do Eixo I (Davison, 2002).

Pacientes com transtornos de humor apresentam altas taxas de transtornos de personalidade *borderline*, antissocial, evitativo e dependente. Transtornos de personalidade têm sido relatados em associação com transtornos alimentares, transtornos de somatização, esquizofrenia, transtorno bipolar de humor, transtornos obsessivo-compulsivos, sexuais e dissociativos (Davison, 2002). Isto sugere que estes pacientes ‘difíceis’, com uma mistura de características antissociais, *borderline*, narcisistas e histriônicos, são particularmente mais prováveis de apresentar síndromes depressivas, episódios de automutilação, estados de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares (Higgitt & Fonagy, 1992). Pacientes com depressão maior, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo que tinham algum transtorno de personalidade em comorbidade, apresentavam respostas mais pobres a diversos tratamentos (Reich & Green, 1991). Em quadros clínicos, onde há uma diversidade de sintomas presentes, nos quais se encontram comorbidades múltiplas, muitas vezes, torna-se difícil o diagnóstico de transtorno de personalidade. Nestes casos geralmente os sintomas de

transtornos do Eixo I são abordados e apenas posteriormente o clínico é capaz de identificar a presença de um transtorno de personalidade.

As características de um transtorno de personalidade geralmente podem ser identificadas durante a adolescência ou no início da vida adulta. Para se diagnosticar um transtorno de personalidade é importante identificar um padrão persistente e estável no modo de pensar, sentir e se comportar do indivíduo ao longo do tempo.

Determinados transtornos de personalidade (como o Transtorno de Personalidade Antissocial) são mais frequentemente diagnosticados em homens. Assim como outros (p.ex. os Transtornos de Personalidade *Borderline*, Histriônica e Dependente) são mais frequentes em mulheres. Apesar destas diferenças na prevalência de gênero destes transtornos refletirem de fato diferenças reais de gênero, no que se refere a padrões, é importante ter cuidado para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar certos transtornos de personalidade em homens ou mulheres (APA, 2002).

Estudos utilizando instrumentos diagnósticos de pesquisa descobriram que 20 a 40% de pacientes psiquiátricos ambulatoriais e em torno de 50% de pacientes internados preenchem critério para transtorno de personalidade. Um levantamento comunitário descobriu que indivíduos de uma comunidade com evidência de transtorno de personalidade faziam mais idas aos serviços de saúde mental e admissões em hospitais do que aqueles sem o transtorno (Davison, 2002).

Os transtornos de personalidade têm uma importância para a saúde pública em virtude de sua associação com a doença mental, hábitos alimentares e de ingestão de álcool, tabagismo, acidentes e comportamento sexual. Pacientes com transtorno de personalidade, especialmente dos grupos *borderline* e antissocial, apresentam altas taxas de suicídio e mortes acidentais do que a população em geral (Dowson & Grounds, 1995).

Personalidade e a perspectiva Behaviorista Radical

Um ponto que parece controverso e inicialmente inconciliável, é pensar a definição de personalidade a partir de uma perspectiva behaviorista radical

(Sadi, Oshiro & Leão, 2010) e na utilização de manuais classificatórios como o DSM-IV para diagnosticar transtornos de personalidade.

Skinner (1953/1981,1974) enfatizou não haver um eu ou uma personalidade que origina/inicia o comportamento, dando-lhe direção. Para ele, *“um eu ou uma personalidade é, na melhor das hipóteses, um repertório de comportamento partilhado por um conjunto organizado de contingências”* (Skinner, 1974, p.130). Desta forma, o conceito de personalidade pode ser compreendido, sob os pressupostos do Behaviorismo Radical, como um repertório comportamental adquirido, ou seja, como o repertório comportamental de cada um (Matos, 1997). Esse repertório é multi determinado e constituído por processos de variação e seleção que ocorrem em três níveis: o filogenético, o ontogenético e o cultural (Andery, Micheletto & Sérgio, 2002; Skinner, 1987).

Harrington, Fink e Dougher (2001), ao fazer uma análise behaviorista radical da personalidade, afirmam que esta poderia ser compreendida considerando as contingências de reforçamento potenciais. Os autores enfatizaram que ambos os fatores filogenéticos e ontogenéticos são importantes determinantes de quais contingências podem ser diferencialmente potencializadas entre os indivíduos. Eles propuseram que os efeitos comportamentais das variáveis filogenéticas, que foram negligenciadas pela literatura analítico-comportamental, podem ter a função de operações estabelecedoras. Essa conceituação oferece parcialmente uma explicação comportamental para a variabilidade entre os indivíduos com relação à potência dos reforçadores e o porquê alguns comportamentos parecem ser refratários à mudança ou a intervenção terapêutica.

Embora as definições apresentadas acima sobre personalidade estejam dentro do referencial teórico da Análise do Comportamento, torna-se importante enfatizar que o comportamento não pode ser definido sem considerar o contexto e as contingências no qual ocorre. A contingência é uma unidade de análise e o comportamento faz parte desta unidade. O comportamento não pode ser descrito separadamente de suas consequências. Considerando essas afirmações, há uma tentativa de definir personalidade em termos de padrões consistentes de comportamentos, enfatizando a consistência das contingências de reforçamento na qual o comportamento

participa. Diferenças individuais ou diferenças de personalidade podem ser entendidas como diferenças nas contingências de reforçamento, como por exemplo, diferenças na extensão dos eventos que servem como reforçadores (e punidores) e nos comportamentos que produziram esses eventos no passado (Harrington, Fink, & Dougher, 2001).

Para Parker, Bolling e Kohlenberg (1998), a personalidade foi considerada como um padrão consistente de comportamentos e essa consistência poderia ser explicada em termos de semelhanças nas relações funcionais (passadas e presentes) em diferentes contextos. Isso poderia explicar porque, entre ambientes topograficamente diferentes, há uma consistência no comportamento do indivíduo. Inversamente, dentro dos contextos, diferentes funções podem se referir a comportamentos topograficamente semelhantes emitidos pelo mesmo indivíduo. Formalmente, os comportamentos semelhantes podem ser devidos a consequências muito diferentes, indicando diferentes funções. Harzem (1984) definiu "característica de personalidade" como um conjunto de relações funcionais entre (1) um conjunto de variáveis e (2) os padrões de comportamento previamente estabelecidos do indivíduo.

Tustin (2000) utilizou a definição de "traços comportamentais" como classe de respostas e examinou novas técnicas para medir preferências entre reforçadores. O autor havia hipotetizado que as diferenças individuais na preferência por reforçadores estariam relacionadas a diferenças consistentes no comportamento, como aqueles observados nos traços de personalidade.

Portanto, ao considerarmos os "traços" como unidades funcionais que possuem os elementos das contingências de reforçamento, podemos considerar as diferenças individuais como diferenças nas contingências de reforçamento.

No que se refere ao diagnóstico de transtornos de personalidade, podemos perguntar se é pertinente ou mesmo válido, utilizar sistemas classificatórios como o DSM-IV por terapeutas analítico-comportamentais. Os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical apontam para objeções à utilização de um manual diagnóstico. Dentre estas objeções estão:

1) classificar em categorias topográficas gerais obscurece a individualidade de cada caso, 2) pode ocorrer a estigmatização pela atribuição do rótulo de um

transtorno e 3) este sistema classificatório não fornece informações esclarecedoras acerca das variáveis controladoras do comportamento, pois são estas que dão direção às intervenções terapêuticas (Cavalcante & Tourinho, 1998; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Souza & Vandenberghe, 2005).

Considerando que terapeutas analítico-comportamentais estão mais interessados na função de um comportamento do que em sua topografia, qual a pertinência e utilidade para um terapeuta analítico-comportamental utilizar os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtornos de personalidade? A resposta está nas vantagens de ordem prática que ele apresenta. Este sistema classificatório pode alertar terapeutas para ocorrências de problemas e melhoras dentro da sessão, nomear classes de respostas pode auxiliar na identificação de comportamentos similares entre si, e isso parece relevante em se tratando de transtornos de personalidade, que são considerados sinônimos de problemas difíceis de tratar. Portanto, um processo diagnóstico que os identifique, conduz o terapeuta a uma maior tolerância às lentas mudanças, ao mesmo tempo em que aumenta a probabilidade deste reforçar pequenas melhoras (Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Souza & Vandenberghe, 2005). Além disso, facilita a comunicação entre profissionais de saúde e serve de base para questões de decisões legais e de seguro saúde (Cavalcante & Tourinho, 1998).

Mas a utilização do DSM-IV deve ser associada a uma análise de contingências do caso. A maioria dos terapeutas experientes (Beck, Freeman & Davis, 2005; Kehrer & Linehan, 1999; Davison, 2002) faz o diagnóstico de transtorno de personalidade coletando a história do cliente de forma sistemática e ouvindo a narrativa de sua vida. Eles observam padrões recorrentes de comportamento e interações interpessoais, a partir dos quais fazem inferências sobre padrões característicos do relacionamento com os outros, padrões de comportamento, estratégias de enfrentamento, conjunto de regras e autorregulas, esperanças e respostas emocionais.

Os indivíduos com transtorno de personalidade apresentam-se como um desafio para os terapeutas e psiquiatras e por isso, é fundamental uma dedicação especial de estudos voltados para suas características específicas e para os tratamentos a eles destinados. O transtorno de personalidade

borderline merece uma especial atenção, devido a ser observada no cotidiano de muitos terapeutas, uma presença significativa de clientes com este tipo de transtorno de personalidade e por apresentar as maiores taxas de incidências de suicídio entre os transtornos de personalidade, segundo dados epidemiológicos apresentados pela APA (2002).

Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB)

Apesar das condições clínicas presentes no Transtorno de Personalidade *Borderline* ser reconhecidas desde o século XIX, seu conceito formal no DSM-IV data da década de 1980 (Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011). O psicanalista Adolf Stern, em 1938, foi o primeiro a utilizar o termo *borderline* para pacientes que não melhoravam com a psicanálise clássica e não preenchiam os critérios diagnósticos para neurose e psicose. O termo *borderline*, passou então a ser utilizado para classificar pessoas que se encontravam na fronteira entre os estados neurótico e psicótico. Estes pacientes apresentavam problemas sérios de funcionamento e eram difíceis de tratar pelos métodos de tratamento convencionais. Posteriormente, o transtorno de personalidade *borderline* evoluiu para referir-se a uma organização da personalidade a um nível intermediário de gravidade e funcionamento (Meyer & Oshiro, 2011; Souza & Vandenberghe, 2005).

O transtorno de personalidade *borderline* é um transtorno psiquiátrico complexo, de diagnóstico diferencial difícil, por apresentar comorbidades com outros transtornos de personalidade e também com transtornos do Eixo I. Dessa maneira, diagnosticar um paciente como tendo um transtorno de personalidade *borderline* pode levar tempo, pois pode demorar para que seu padrão de comportamentos se torne patente devido a uma série de alterações que são consideradas normais ou típicas de determinadas fases do desenvolvimento psicobiológico do indivíduo. São jovens, em geral mulheres, que vão recebendo ao longo dos anos diversos diagnósticos e não respondem aos tratamentos.

Kaplan e Saddock (1998) afirmam que o diagnóstico deve efetivar-se antes dos 40 anos, quando os pacientes devem fazer escolhas profissionais e

peçoais e são incapazes de levá-las a cabo e enfrentar as mudanças normais do ciclo vital.

Segundo Linehan (2010), estima-se que 11% de todos os pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 19% dos pacientes internados preencham os critérios diagnósticos para TPB. E que apesar dos avanços nos tratamentos para estes pacientes, os comportamentos suicidas, parassuicidas e o abuso de substâncias continuam sendo difíceis de tratar. Aliás, estes pacientes, além de consumir drogas, frequentam ambientes marginais, dedicam-se à prostituição ou cometem delitos e apresentam reações intensas de raiva ou comportamentos agressivos, que tornam muito difícil a convivência, na medida em que cada explosão vem seguida de arrependimentos, pedidos de ajuda, quando não de ameaças de suicídio por medo do abandono.

Hoje em dia, os casos de transtorno de personalidade *borderline* têm sido chamados de casos 'difíceis', visto que estes se referem a situações cujas propriedades principais são a complexidade, a cronicidade, o largo alcance das consequências negativas, que produzem uma elevada resistência à mudança (Krumer, 2005).

As características do Transtorno de Personalidade *Borderline*

O Transtorno de Personalidade *Borderline* apresenta algumas características centrais como a instabilidade de humor, a impulsividade, a sensação crônica de vazio, as relações interpessoais tempestuosas e instáveis e as ameaças e tentativas de suicídio. A perturbação da identidade, a raiva incontrolável e o medo do abandono, assumem uma importância secundária. Geralmente, uma pessoa com TPB procura a terapia devido à depressão, transtornos de ansiedade ou dificuldades interpessoais. Em menor proporção, surgem o abuso de drogas ou álcool, a agressividade ou os transtornos alimentares (Krumer, 2005; Meyer & Oshiro, 2011).

As pessoas com TPB costumam parecer impulsivas e desenvolvem crises inesperadas e espontâneas. Esta característica acaba por provocar a imprevisibilidade de seus comportamentos. Elas costumam se mostrar ansiosas quando estão em contatos sociais. Os indivíduos *borderline* podem

engajar-se em atuações que envolvam risco de dano pessoal, como acidentes, brigas, comportamentos de automutilação ou atos suicidas. Do mesmo modo, podem desenvolver comportamentos excessivos, tais como comer compulsivamente, esbanjar dinheiro, promiscuidade sexual, etc. (APA, 2002).

Conforme o DSM-IV, o indivíduo necessita preencher cinco ou mais dos critérios apresentados na Tabela 1 para ser diagnosticado como *borderline*. Caso preencha quatro dos critérios, seu diagnóstico é provável, porém não definitivo.

Tabela 1. Critérios Diagnósticos do TPB, segundo o DSM-IV-TR (APA,2002)

Critérios Diagnósticos
1. Esforços para evitar um abandono real ou imaginário- são pessoas intolerantes à solidão;
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, em que a pessoa alterna entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade – instabilidade constante da autoimagem ou do sentimento do “eu”;
4. Impulsividade em duas ou mais áreas, prejudicando significativamente a sua vida (sexo, abuso de substâncias, comer compulsivo, etc.);
5. Instabilidade afetiva- oscilação frequente de humor;
6. Comportamentos, gestos ou ameaças de suicídio ou de comportamentos automutilantes;
7. Sentimentos crônicos de vazio;
8. Raiva intensa ou dificuldade em controlar a raiva;
9. Episódio de ideação paranóide relacionado ao stress a sintomas dissociativos internos

Fonte: American Psychiatric Association (2002)

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) descreve o Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (F 60.3), dividido em dois tipos, o tipo impulsivo (F.60.30) e o tipo *borderline* (F.60.31), este último se sobrepõe à definição apresentada no DSM-IV. As características de ambos tipos do CID-10 são descritas na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Critérios diagnósticos segundo CID-10 (1993)

<i>F60.3 – Transtorno de personalidade emocionalmente instável</i>	
Um transtorno de personalidade no qual há uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das consequências, junto com instabilidade afetiva. A capacidade de planejar pode ser mínima e acessos de raiva intensa podem com frequência levar à violência ou a “explosões comportamentais”; estas são facilmente precipitadas quando atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros. Duas variantes desse transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de autocontrole.	
<i>F60.30 – Tipo Impulsivo</i>	<i>F60.31 – Tipo Borderline (limítrofe)</i>
As características predominantes são instabilidade emocional e falta de controle de impulsos. Acessos de violência ou comportamento ameaçador são comuns, particularmente em resposta a crítica dos outros.	Várias das características de instabilidade emocional estão presentes; em adição, a autoimagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) do paciente são, com frequência, pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (embora esses possam ocorrer sem precipitantes óbvios).
<u>Inclui:</u> personalidade (transtorno) explosiva e agressiva.	<u>Inclui:</u> personalidade (transtorno) borderline (limítrofe).
<u>Exclui:</u> transtorno antissocial de personalidade (F60.2)	

Fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, 1993.

Segundo Linehan (2010), os indivíduos *borderline* geralmente sofrem de uma desregulação emocional, em que as respostas emocionais são bastante reativas e o indivíduo geralmente tem dificuldade com episódios de depressão, ansiedade e irritabilidade, bem como problemas com a raiva e sua expressão.

No que se refere a relações interpessoais, a pessoa com TPB se comporta de maneira errática, apresentando uma desregulação interpessoal (Linehan, 2010). Seus relacionamentos podem ser caóticos e intensos. Este padrão interpessoal provoca com frequência rejeição em lugar de apoio que necessitam. A ansiedade de separação é um dos motivadores principais de seu comportamento interpessoal. Estas pessoas são excessivamente dependentes

dos demais e como resultado, são especialmente vulneráveis ao medo crônico de ser abandonados por suas fontes de apoio. Em resumo, as pessoas com transtorno de personalidade *borderline* apresentam um comportamento interpessoal paradoxal. Embora necessitem do afeto de quem os rodeia se comportam de uma maneira imprevisível, manipuladora e variável. Quanto mais imprevisível e variável é seu comportamento, mais confusão provoca aos outros. Como consequência disso, tendem a ser evitados e rejeitados e experimentam ansiedade intensa por medo de ser abandonados.

Bagge, Nickell, Stepp, Durrett, Jackson e Trull (2004) examinaram características de TPB em jovens adultos e constataram que estas características predisseram prospectivamente mau ajustamento social para os Eixos I e II. Neste estudo os pesquisadores operacionalizaram mau ajustamento social como disfunções no trabalho acadêmico, nas atividades sociais de lazer, em relacionamentos com a família estendida e no funcionamento ocupacional. Algumas evidências também sugerem uma associação mais específica entre a sintomatologia de TPB e mau funcionamento em relacionamentos amorosos.

Numa avaliação recente do funcionamento de redes sociais Clifton, Pilkonis, e McCarty (2007) constataram que indivíduos com TPB têm números maiores de ex-parceiros amorosos e terminaram mais relações das suas redes sociais em comparação com pacientes sem diagnóstico de transtorno de personalidade. Além disso, Hill e cols. (2008) encontraram evidências de que a TPB era o único transtorno que predizia o mau funcionamento em relacionamentos amorosos (incluindo transtornos dos Eixos I e II).

Em outro estudo, Daley, Burge, e Hammen (2000) acompanharam garotas em idade colegial (ensino médio) durante quatro anos e exploraram a relação entre a presença de transtornos do Eixo II e determinados padrões de comportamento nas relações amorosas. Eles constataram que indivíduos com TPB tiveram números significativamente maiores de relações amorosas, mais conflitos nessas relações e baixo nível de satisfação com os parceiros nessas relações, altos índices de gravidez não planejada e abuso por parte dos parceiros amorosos.

Os indivíduos com TPB apresentam também padrões de desregulação comportamental, evidenciados por comportamentos impulsivos extremos e

problemáticos, como comportamentos suicidas. Tentativas de se ferir, mutilar ou se matar são comuns nos indivíduos com TPB. Eles às vezes, estão cognitivamente desregulados, apresentando formas breves e não psicóticas de desregulação do pensamento, incluindo despersonalização, dissociação e delírios, que eventualmente são causados por situações estressantes e geralmente passam quando o estresse diminui.

E por fim, a desregulação do senso de *self*² (Linehan,2010; Souza & Vandenberghe, 2005). Frequentemente, pessoas com TPB relatam não ter nenhum senso de *self*, apresentando sentimento de vazio e não sabendo quem são, do que gostam ou do que almejam em sua vida. Geralmente, incorporam as ideias, o jeito de vestir e as preferências das pessoas com quem estão convivendo. Muitas vezes, indivíduos com TPB relatam estar confusos sobre sua orientação sexual. Dessa maneira, o TPB pode ser considerado um transtorno global da regulação e da experiência de *self* (Linehan,2010).

Em uma perspectiva Behaviorista Radical, o desenvolvimento do *self* envolve uma aprendizagem complexa e imprecisa, ocorrendo falhas. Mas se um indivíduo ao longo de sua infância não é colocado sob o controle privado de estímulos, mas apenas sobre controle de estímulos públicos, isso o leva a experimentar instabilidade e dependência do ambiente externo (Conte & Brandão, 2001; Souza & Vandenberghe, 2005).

Epidemiologia

A prevalência do transtorno de personalidade *borderline* na população geral é de cerca de 2%, sendo predominantemente encontrado em mulheres (75% de seu total). Clinicamente, o TPB costuma apresentar comorbidades com os transtornos do Eixo I, transtornos de humor, abuso de substâncias e transtornos alimentares (APA, 2002; Linehan, 2010; Meyer & Oshiro,2011).

O Transtorno de personalidade *borderline* é o mais comum entre os transtornos de personalidade, representando entre 30 e 60% da população de

² *Self* é definido aqui como um conjunto de eventos privados que é produto de processos de variação e seleção de contingências culturais (verbais). O *eu* ou *self* é acessado por meio dos sentimentos ou de introspecção (Skinner,1989).

pacientes com transtorno de personalidade (APA, 2002). Os correlatos mais significativos do transtorno de personalidade *borderline* são a alarmante taxa de suicídio (cerca de 9%), de comportamentos parassuicidas e comportamentos de automutilação deliberada (entre 70 e 75% apresenta histórico de pelo menos um ato de automutilação) (Gunderson & Ridolfi, 2001; Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011).

Dos fatores de risco suicida nos pacientes com TPB, os pesquisadores ressaltam a idade, o nível de escolaridade, perdas na infância, abandono do tratamento, tentativas de suicídio, automutilação, antecedentes de abuso físico e/ou sexual na infância e alto grau de impulsividade (Krumer, 2005).

Entre as variáveis que se associam com um curso favorável se encontram uma alta capacidade intelectual, a presença de atitudes e talentos artísticos, e no caso de mulheres, o atrativo físico. A presença de traços obsessivos de personalidade é também um elemento protetor, em parte porque parece funcionar como um organizador do tempo. Sem dúvida, a presença de depressão (e a coexistência de um transtorno afetivo) é um marcador de mal prognóstico, da mesma forma que é a coexistência com a presença de irritabilidade e explosão, típicos do transtorno antissocial, que se mesclam com tendências narcisistas (Krumer, 2005).

De fato, em alguns estudos de seguimento, a associação de transtorno de personalidade *borderline* com características antissociais e narcisistas são frequentes em pacientes *borderline* com história de encarceramento e conflitos legais graves. E quanto aos antecedentes evolutivos, a presença de acontecimentos traumáticos durante a infância e a adolescência, incluindo o abuso sexual e psicológico, que são também claros indicadores de mal prognóstico (Belloch, 2002).

Fatores Etiológicos

Segundo Linehan (2010), o transtorno de personalidade *borderline* é fundamentalmente uma “disfunção do sistema de regulação emocional, que resulta de irregularidades biológicas combinadas com certos ambientes disfuncionais, bem como de sua interação e transação ao longo do tempo”

(p.51). Para a autora, as características do TPB seriam sequelas desta desregulação fundamental das emoções, que por sua vez, causam mais desregulação. A Figura 1 mostra de maneira esquemática esta declaração da autora.

Figura 1. A relação entre a desregulação emocional e os padrões de comportamento *borderline*, segundo a teoria biossocial (Linehan, 2010).

Linehan parte do modelo biossocial proposto por Millon (1979), no qual o transtorno de personalidade *borderline* é concebido como partindo de uma desregulação emocional, que é, por sua vez, decorrente da vulnerabilidade emocional e da incapacidade de regular as emoções. Para eles, esta vulnerabilidade emocional e incapacidade de regular as emoções dos indivíduos *borderline* têm suas origens em predisposições biológicas, que são exacerbadas por experiências ambientais específicas.

A vulnerabilidade emocional consiste em uma sensibilidade elevada a estímulos emocionais, intensidade emocional e um lento retorno ao nível emocional basal.

Quando a pessoa reage rapidamente a um estímulo e tem um baixo limiar para uma reação emocional, pode-se dizer que ela tem uma ‘alta sensibilidade’. Uma criança sensível reage emocionalmente à menor frustração ou reprovação vindas do ambiente, diferentemente de uma criança que não é vulnerável emocionalmente. No adulto, por exemplo, o fato de o terapeuta sair da cidade no fim de semana pode evocar uma resposta emocional da cliente *borderline*, embora não evoque tal resposta em outros clientes.

‘A intensidade emocional’ refere-se a reações emocionais extremas. As pessoas emocionalmente intensas se mostram frequentemente de maneira dramática. Suas respostas emocionais são exageradas se comparadas com as das demais pessoas. Uma simples despedida pode causar um sofrimento intenso e a pessoa chora ou se entristece com muita intensidade. São pessoas que também se apaixonam com maior facilidade e se mostram idealistas, por serem intensas na vivência e expressão de suas emoções.

‘O lento retorno ao nível emocional basal’ significa que as reações emocionais ou o impacto do estímulo são duradouros. Uma pessoa *borderline* muitas vezes relata necessitar de dias para se recuperar de uma sessão de terapia.

A vulnerabilidade emocional parece relacionar-se com alguns fatores biológicos. Embora não haja nenhum marcador biológico ou genético para o TPB, alguns autores fazem referência a estudos que sugerem uma correlação entre comportamentos impulsivos e anormalidades no metabolismo de serotonina. Esta relação está apoiada no fato de que certos medicamentos têm apresentado resultados positivos no alívio de sintomas do TPB. Contudo, mesmo havendo uma melhora de alguns sintomas, muitos outros ainda persistem (Souza & Vandenberg, 2005).

Cowdry e cols., 1998 (citado em Linehan, 2010) apresentaram dados de que certas pessoas com TPB tenham um baixo limiar para a ativação das estruturas límbicas, que é o sistema cerebral associado à regulação das emoções. Outros pesquisadores, citados por Linehan, declaram que pacientes com TPB apresentam uma quantidade significativamente maior de disritmia eletroencefalográficas (EEG) do que pacientes deprimidos controle. Situações ocorridas no ambiente intrauterino ou pós-natais também podem ter

consequências biológicas importantes (Linenhan, 2010, Linehan & Kehrer, 1999).

Quando uma criança que apresenta vulnerabilidade emocional encontra-se em um ambiente invalidante, é muito provável que ela venha a se tornar um adulto com transtorno de personalidade *borderline*. Um ambiente invalidante é aquele no qual a expressão de experiências privadas é invalidada, ridicularizada, ignorada ou banalizada. As respostas da criança que estavam sob controle de eventos privados não foram reforçadas positivamente, mas sim punidas, o que levou ao reforçamento negativo de auto relatos inadequados, pois para evitar consequências aversivas advindas do ambiente social, a criança passa a vivenciar o *self* a partir de estímulos externos a ela própria. E como consequência disto, a criança torna-se extremamente sensível ao humor e aos desejos do outro (Souza & Vandenberghe, 2005). O ambiente invalidante não ensina a criança a descrever adequadamente suas experiências privadas, incluindo as emoções e, além disso, ela não aprende a modular a excitação emocional. Como os problemas da criança emocionalmente vulnerável não são reconhecidos existe pouco esforço para resolvê-los. Fala-se para a criança que ela deve controlar suas emoções, ao invés de ensiná-las como fazer isso.

A invalidação emocional na infância pode ainda, resultar em distúrbios cognitivos nos quais a percepção de outros flutua entre dicotomias tais como “bom” e “mal”, que tem sido denominada de divisão [*splitting*] (Selby, Braithwaite, Joiner & Fincham, 2008).

Diante destas características, o indivíduo *borderline*, apresenta-se como um cliente que demanda uma abordagem terapêutica distinta e menos convencional do que os demais clientes.

Linehan (2010) descreve como os terapeutas experientes em tratamento com pacientes com TBP relatam que o progresso é frequentemente difícil e os resultados são relativamente modestos. Além disso, o comportamento de alguns destes pacientes é, em algum momento, extremamente estressante para os terapeutas. Entre os aspectos mais estressantes do trabalho dos profissionais de saúde mental podemos distinguir os seguintes: as tentativas e ameaças de suicídio e as expressões de raiva.

Nas abordagens terapêuticas de base comportamental, a Terapia Comportamental Dialética (TCD) (Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011) e a

Psicoterapia Analítica Funcional (PAF/FAP) (Oshiro, 2011; Sousa, 2004) têm se mostrado promissoras para o tratamento de indivíduos com transtorno de personalidade *borderline*. Estas terapias fazem parte do que é chamado de terceira geração da terapia comportamental. Determinados elementos presentes nestas propostas terapêuticas descrevem de maneira sistemática alguns comportamentos do terapeuta que parecem produzir resultados positivos para estes tipos de clientes.

A Psicoterapia Analítica Funcional (PAF/FAP)

A Psicoterapia Analítica Funcional (PAF/FAP) é uma modalidade de terapia de base behaviorista radical que parte do princípio de que os comportamentos do cliente que são relevantes para a terapia ocorrem durante a sessão no decorrer do processo terapêutico. A FAP enfatiza a relação terapêutica como principal mecanismo de mudança e de intervenção terapêutica. Comportamentos clinicamente relevantes do cliente (CCR's ou CRB's- do inglês *Clinically Relevant Behaviors*) ocorrem na sessão e devem ser modelados diretamente pelo terapeuta. Para Kohlenberg e Tsai (1991/2001), os comportamentos que são problemáticos para o cliente em seu ambiente natural, ocorrerão na sessão terapêutica, o que estes chamam de equivalência funcional, que é o que permite a aplicação dos procedimentos da FAP. Da mesma maneira, os comportamentos do cliente que são diretamente modelados pelo terapeuta, podem se generalizar para o ambiente natural do cliente efetivando a mudança.

Os comportamentos do cliente e do terapeuta foram classificados na FAP de forma ampla, com o objetivo de descrever classes de comportamentos do cliente, que seriam foco da intervenção e da avaliação dos processos de mudança, e do terapeuta, possibilitando a identificação dos procedimentos de intervenção clínica utilizados (Conte & Brandão, 2001).

Os comportamentos clinicamente relevantes do cliente são: 1) os comportamentos que tem relação com o problema/queixa (CCR1), 2) os comportamentos indicativos de melhora (CCR2) e 3) os comportamentos relativos à realização de análise funcional do próprio comportamento (CCR3),

tais como observações e descrições de relações entre comportamento e possíveis estímulos antecedentes e consequentes ou verbalizações sobre as equivalências funcionais entre o que ocorre na terapia e em sua vida cotidiana.

Os comportamentos do terapeuta na FAP são: observar e evocar CCR1 do cliente, reforçar diferencialmente CCR2 e identificar os efeitos do seu comportamento no comportamento do cliente e modelar CCR3.

Os procedimentos terapêuticos da FAP são apresentados em cinco regras fundamentais: 1) Regra 1: ficar atento à ocorrência de CCR's . Quanto maior for a capacidade do terapeuta de identificar os CCR's, melhores serão os resultados da terapia. 2) Regra 2: evocar CCR's. Conforme Kohlenberg e Tsai, uma relação entre terapeuta e cliente ideal evoca CCR1 e cria condições para o desenvolvimento de CCR2. 3) Regra 3: reforçar CCR2. O reforçamento do CCR2 deve ser em sua maioria natural. De fato, na sessão, os únicos reforçadores naturais disponíveis para o cliente são as ações e reações interpessoais entre cliente e terapeuta. 4) Regra 4: observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CCR's do cliente. Ao observar os efeitos de suas reações sobre o comportamento do cliente, o terapeuta favorece o seguimento da Regra 5 e também propicia o desenvolvimento de comportamentos similares no cliente – o CCR3. 5) Regra 5: fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente. As interpretações comportamentais realizadas pelo terapeuta podem auxiliar na produção de regras mais efetivas que, por sua vez, podem aumentar o contato do cliente com as variáveis de controle de seu comportamento.

A FAP é apontada por Kohlenberg e Tsai (1991/2001) como uma terapia que se ajusta bem para clientes que não obtiveram melhora com terapias comportamentais convencionais e para aqueles que têm dificuldades em estabelecer relações de intimidade e/ou problemas interpessoais difusos, tais como indivíduos que são diagnosticados com transtorno do Eixo II do DSM-IV (p.2).

A Terapia Comportamental Dialética (TCD)

Um dos programas terapêuticos integrativos para o tratamento do TPB, que tem alcançado maior difusão e tem sido empiricamente validado é a Terapia Comportamental Dialética de Linehan (2010).

A TCD é uma proposta terapêutica que tem como característica fundamental a ênfase na dialética – na conciliação de opostos em um processo constante de síntese. O raciocínio dialético presente na TCD se fundamenta na necessidade do terapeuta em aceitar os clientes como são, mas em um contexto de ensiná-los a mudar. Consiste na utilização de estratégias de aceitação e de confrontação e mudança por parte do terapeuta de maneira equilibrada. O terapeuta apresenta um pensamento e conduta dialéticos diante do pensamento e conduta não dialéticos, rígidos e dicotômicos do cliente *borderline*. O terapeuta precisa manter-se dialético nas sessões e isto significa que ele precisa modelar e reforçar estilos de respostas dialéticos em seus clientes. Os extremos comportamentais, tais como respostas emocionais ou cognitivas, são confrontados ao mesmo tempo em que novas respostas, mais equilibradas são ensinadas.

É um tipo de terapia comportamental que enfatiza a relação terapêutica e os comportamentos que interferem na terapia. Na TCD o terapeuta foca na validação e aceitação dos comportamentos do cliente tais como ocorrem no momento. A relação terapêutica assume um lugar de destaque, principalmente com clientes suicidas, conforme afirma Linehan (2010), pois muitas vezes, esta relação é a única coisa que os mantêm vivos. A relação é tomada como um poderoso reforçador para a mudança do cliente. Não é possível haver muita evolução em uma terapia com clientes *borderline* sem antes se estabelecer uma relação terapêutica forte, confiável e colaborativa (Kehrer & Linehan, 1999; Linehan, 2010).

Com o estabelecimento de uma sólida relação terapêutica, a TCD inicia a intervenção nos comportamentos suicidas e parassuicidas, que são seguidos da intervenção nos comportamentos que interferem e podem ameaçar o processo terapêutico. Equacionadas estas questões, o terapeuta foca nos problemas que impossibilitam o desenvolvimento de uma qualidade de vida razoável para o cliente, ensinando-lhes habilidades de solução de problemas

que irão substituir os comportamentos mal adaptativos que ocorriam diante de situações-problema. Em seguida, trabalha no sentido de auxiliar na manutenção destas habilidades aprendidas e só então focalizará na resolução do estresse pós-traumático, no sentido de ajudar o cliente a alcançar uma ampla auto validação e autorrespeito.

A TCD, em suma, visa criar um contexto de validação para o cliente, ao mesmo tempo em que bloqueia ou extingue “maus” comportamentos, modela e reforça “bons” comportamentos de modo a torná-los tão reforçadores, que o cliente os mantém e abandona os “maus” comportamentos.

Algumas características são cruciais para um terapeuta comportamental dialético: ter compaixão, persistência, paciência, uma crença na eficácia da terapia que supere a crença do cliente em sua ineficácia, e certa disposição a se “diminuir” e correr riscos (Linehan, 2010).

A TCD é uma modalidade de terapia que apresenta dados empiricamente validados com ensaios clínicos controlados não randomizados (Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011) que se referem a pesquisas de resultado em psicoterapia. A revisão Cochrane (Meyer & Oshiro, 2011) apresenta estudos sobre resultados de tratamentos variados para o transtorno de personalidade *borderline*. Contudo, a literatura sobre tratamento dos transtornos de personalidade, mais especificamente os transtorno de personalidade *borderline*, têm apontado a relação terapêutica como elemento-chave para o sucesso terapêutico. Dessa forma, perguntar sobre o que ocorre na relação entre terapeuta e o cliente com transtorno de personalidade *borderline* pode trazer conhecimento relevante para os tratamentos de indivíduos pertencentes a esta população.

As pesquisas de processo em psicoterapia

As pesquisas de resultado em psicoterapia têm trazido evidências sobre a efetividade da psicoterapia de maneira geral e de determinadas abordagens, de maneira mais específica (Seligman, 1995; APA, 2005). As perguntas decorrentes delas, sobre como e porque a psicoterapia funciona, quais os elementos presentes no processo terapêutico que constitui os mecanismos de

mudança, quais as variáveis do terapeuta ou da relação terapêutica influenciam a mudança, são perguntas que conduzem a outra área dentro da pesquisa em psicoterapia: a pesquisa de processo (Greenberg,1986,1999; Zamignani & Meyer,2007).

A investigação da interação terapêutica, que tem como objetivo pesquisar as variáveis da relação terapêutica envolvidas no processo de mudança em psicoterapia pode ser considerado um dos aspectos mais complexos e importantes nas pesquisas em psicoterapia. As pesquisas cujo principal objeto de estudo é a interação entre terapeuta e cliente, são denominadas de pesquisas de processo. Estas pesquisas têm como objetivo identificar e descrever os microprocessos que produzem mudanças ao longo da interação entre terapeuta e cliente (Greenberg,1986).

Segundo Kazdin e Nock (2003), o estudo destes processos é de grande importância para se melhorar a prática clínica e o cuidado com o cliente, visando maximizar os efeitos do tratamento e assegurar que seus aspectos críticos sejam generalizados para a prática clínica (p. 1117).

Para Zamignani e Meyer (2007) e Meyer (2009), 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, cujos critérios de estabelecimento destas diferentes classes 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. Diversos pesquisadores no Brasil vêm trabalhando com esta proposta metodológica para investigar a interação entre terapeuta e cliente nas sessões de psicoterapia. As sessões são gravadas em áudio ou vídeo e organizadas a partir de sistemas de categorias de comportamentos. Diversos sistemas de categorias foram desenvolvidos para se analisar a interação entre terapeuta e cliente na sessão (Baptistussi, 2001; Del Prette, 2006,2011; Margotto, 1998; Tourinho, Garcia & Souza, 2003; Zamignani & Andery, 2005; Zamignani, 2007).

O sistema multidimensional para categorização de comportamentos na interação terapêutica, de Zamignani (2007) tem sido um sistema largamente

utilizado desde a sua elaboração por se tratar de um sistema de categorias bastante completo, constituído por três eixos (Eixo I: comportamentos verbais-vocais e não-vocais de terapeuta e cliente, Eixo II: temas abordados em sessão, Eixo III: respostas motoras) e por contar com um manual de treino de registro das categorias para observadores independentes.

O Eixo I deste sistema contém dez categorias para as verbalizações do terapeuta, como por exemplo, "terapeuta solicita reflexão (SRF)", "terapeuta interpreta (INT)", "terapeuta demonstra empatia (EMP)" e onze categorias para as verbalizações do cliente, como por exemplo, "cliente relata eventos" (REL), "cliente se opõe, recusa ou reprovava (OPO)", etc. E também é composto pelo comportamento verbal não-vocal, do terapeuta e do cliente, contendo quatro categorias para os comportamentos do terapeuta, como por exemplo, "respostas não-vocais de discordância" (DISCORDÂNCIA TERAPEUTA) e quatro categorias para os comportamentos do cliente, como "respostas não-vocais de facilitação/concordância" (CONCORDÂNCIA CLIENTE). Este eixo tem como qualificadores o tom emocional, contendo seis categorias: "emoção positiva intensa" (PO2), "emoção positiva leve" (PO1), "emoção neutra" (NTR), "emoção negativa leve" (NE1), "emoção negativa intensa" (NE2) e "emoção outros" (UTT); e os gestos ilustrativos com duas categorias: "gestos ilustrativos" e "descanso de gestos".

O Eixo II é constituído pelo tema da sessão e possui dezesseis categorias, tais como: "relação terapêutica [RTR]", "trabalho, estudo ou carreira" [TRB], "questões existenciais" [EXT], e dois qualificadores, tempo no qual o assunto é tratado e condução do tema.

O Eixo III é constituído pelas respostas motoras de terapeuta e cliente.

Desta forma, este sistema proporciona uma categorização dos comportamentos de cliente e terapeuta, abrangendo três dimensões do comportamento verbal - o conteúdo da resposta verbal-vocal, o comportamento gestual que a acompanha e seu tom emocional. E assim, se apresenta como um sistema de categorização que abrange não apenas a resposta vocal de terapeuta e cliente, mas todas as dimensões do comportamento verbal, segundo sua definição skinneriana.

Partindo do que Linehan (2010) apresenta na TCD e Kohlenberg e Tsai (1991/2001) na FAP como procedimentos com ênfase na intervenção

terapêutica, podemos encontrar correspondentes nas categorias de comportamento verbal-vocal do terapeuta pertencentes ao Eixo I no Sistema de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica de Zamignani (2007):

1. O *terapeuta demonstra empatia* consiste em 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 aceito como você 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).

Esta categoria está diretamente relacionada ao que Linehan chama de validar sentimentos, pensamentos e comportamentos do cliente.

2. *Terapeuta solicita reflexão* 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. Segundo Zamignani (2007), 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 autorregas.

Esta categoria está relacionada ao que é apresentado na FAP por Kohlenberg e Tsai como a modelagem de CCR's 3, ou seja, a modelagem de repertórios do cliente de interpretações sobre seu próprio comportamento.

3. *Terapeuta interpreta* é 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 de clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional

apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações (Zamignani, 2007).

Esta categoria relaciona-se ao que Kohlenberg e Tsai colocam como Regra 5 da FAP: fornecer interpretações que afetam o comportamento do cliente.

4. *Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas* consiste em 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, ordem.

A partir da experiência clínica da pesquisadora com este tipo de clientes e da literatura (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Beck, Freeman & Davis, 2005; Oshiro, 2011), intervenções diretivas tais como recomendar, orientar e aconselhar, são estratégias terapêuticas pouco efetivas no processo de mudança. Donadone (2009) aponta para variáveis intervenientes que interferem no seguimento de regras, tais como: resistência e motivação do cliente, história de vida do cliente e tema da sessão. Linehan (2010), contudo, na TCD, quando propõe procedimentos de solução de problemas e treinamento de habilidades utiliza fundamentalmente de recomendação, tais como Treinamento em Habilidades Sociais, tarefas de casa, etc., embora não exclusivamente. Mas esta é uma etapa mais avançada na proposta terapêutica da TCD, após o cliente já ter conseguido passar pelas fases de redução dos comportamentos suicida e parassuicidas e comportamentos que interferem na terapia.

5. *Terapeuta reprova ou discorda com ações ou avaliação do cliente* inclui verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavorável a respeito de ações, pensamentos, características, avaliações do cliente.

Esta é uma categoria que nenhum dos autores até então referidos recomenda para ser utilizada por assumir caráter de procedimento aversivo e poder produzir todos os efeitos colaterais indesejáveis que o controle coercitivo produz, dentre eles os comportamentos de fuga e

esquiva, como o de contra controle, que assume a forma de resistência na psicoterapia. Além das respostas emocionais de raiva e ansiedade. E o contexto terapêutico deve ser um ambiente acolhedor, sinalizador de reforçamento positivo (Skinner,1953/1981).

A presente pesquisa não utilizou sistematicamente nenhuma destas propostas terapêuticas apresentadas (Terapia Comportamental Dialética ou Psicoterapia Analítica Funcional). O caso foi atendido dentro do modelo analítico-comportamental. O termo Terapia analítico-comportamental passou a designar uma prática psicoterápica que deveria se diferenciar de outras práticas que anteriormente eram denominadas de forma genérica de Terapia Comportamental. A terapia analítico-comportamental define então a prática clínica que tem como pressuposto teórico a Análise do Comportamento (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008). O modelo causal que fundamenta o paradigma operante é o modelo de seleção por consequências. Nele, o comportamento do indivíduo atua sobre o ambiente produzindo consequências que, por sua vez, modificam o comportamento do indivíduo (Andery, Micheletto & Serio, 2007; Micheletto & Serio,1993). E de acordo com este modelo, o indivíduo assume um papel ativo na produção de seu ambiente, ao mesmo tempo em que é produzido por este (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008).

A presente pesquisa baseia-se em uma análise descritiva de um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*. No contexto da pesquisa científica existem inúmeras críticas aos estudos de caso, principalmente sobre seu valor heurístico. Na seção seguinte são apresentados alguns argumentos que fundamentam a importância do estudo de caso para a produção de conhecimento científico.

O papel do estudo de caso único

Metodologias mais tradicionais com delineamentos experimentais e de grupo que possuem um caráter nomotético, parecem não conseguir responder a perguntas de pesquisa relacionadas aos processos de mudança em psicoterapia. Conforme apontam Ulian e Silveiras (2003) este talvez, possa ser

um dos fatores principais a levar à separação entre a pesquisa e a prática clínica.

Uma proposta metodológica de caráter idiográfico parece ser mais apropriada para se estudar o que ocorre na interação entre terapeuta e cliente durante sessões de psicoterapia. O estudo de caso único se mostra então como uma boa escolha para a investigação nas pesquisas de processo.

Skinner (1953/1981) foi defensor da importância da pesquisa de orientação idiográfica, ao adotar o delineamento de sujeito único e valorizar o estudo de caso na produção de conhecimento científico. Ele ressaltou a importância em observar o que ocorre com um organismo individual para se conhecer sobre as variáveis das quais o comportamento é função:

“A suposição de que há no comportamento a ordem do dado científico se defronta algumas vezes com outra objeção. A ciência se ocupa do geral, mas o comportamento do indivíduo é necessariamente único. A “história de caso” tem riquezas e características que estão em nítido contraste com os princípios gerais.” (Skinner, 1953/1981, p.30)

Contudo, os estudos de caso único sofrem diversas críticas por razões relacionadas à generalidade dos dados. É importante esclarecer alguns pontos para se responder a tais críticas: o que é um estudo de caso único e por quais motivos se escolher tal modelo metodológico.

Conforme aponta Hilliard (1993) o estudo de caso único é muitas vezes visto meramente em termos do tamanho de sua amostra, ou seja, uma pesquisa de $N = 1$. Na perspectiva de pesquisas de grupo, o delineamento de $N = 1$ é, na melhor das hipóteses, altamente limitado quando não insignificante. Entretanto, ver o estudo de caso único na mesma linha das pesquisas de grupo é bastante equivocado. Tal visão reflete uma apreciação inadequada do que realmente é o estudo de caso único. O autor propõe que o estudo de caso único é mais bem classificado como uma subclasse de uma pesquisa intra-sujeito na qual a agregação através dos casos é evitada e a generalidade dos achados é encarada pela replicação na base do caso-a-caso.

Dado que toda pesquisa de caso único foca na variação intra-sujeito, a relevância de tal variação para pesquisa em psicoterapia é notória, poucos discordariam que a variação intra-sujeito é relevante na pesquisa de processo psicoterapêutico (o estudo da interação terapeuta-cliente dentro da sessão terapêutica). Segundo Hilliard (1993), o termo processo implica no desdobramento temporal de variáveis dentro da díade terapêutica. Entretanto, a relevância da variação intra sujeito na pesquisa de resultado em psicoterapia não é aparente, com seu tradicional foco no resultado global, ou seja, do pré ao pós- tratamento, ignorando o processo do qual resulta tais mudanças. O foco na variabilidade dentro da díade terapêutica através do tempo (variabilidade intra sujeito) está no coração da pesquisa psicoterápica.

A avaliação do impacto do terapeuta no paciente e vice-versa requer o acesso a comportamentos relevantes através do tempo dentro da díade terapêutica. Conforme aponta Hilliard (1993), a menos que haja razões empíricas e conceituais claras para fazer o salto de nível do grupo seccional para o nível longitudinal individual, a variabilidade intra sujeito deve ser acessada diretamente quando as questões pertençam a tal variabilidade.

Desta forma, o estudo de caso único mostra-se como a opção metodológica mais apropriada para se estudar questões relativas ao processo psicoterapêutico. Seu delineamento pode ser experimental, na qual há manipulação de variáveis, ou descritiva (também chamada de “passiva-observacional”), em que não há manipulação de variáveis.

Justificativa e objetivos

A partir de todas as colocações feitas até aqui, algumas questões se fazem relevantes: a psicoterapia produz resultados, mas não em todos os casos. Existe uma parcela de clientes atendidos que se beneficia muito pouco ou mesmo não se beneficia do processo psicoterapêutico. Estes clientes foram chamados de clientes difíceis. A literatura aponta que a maior parcela dos clientes considerados difíceis encontra-se naqueles com transtornos de personalidade, principalmente nos do tipo *borderline*, que apresentam as taxas mais elevadas de suicídio, tornando-se os clientes que apresentam maior risco

e taxa de mortalidade entre os pacientes psiquiátricos (APA, 2002). Partindo do ponto de que o elemento-chave da terapia para clientes com transtorno de personalidade *borderline* é a relação terapêutica e que a maioria dos estudos empíricos de tratamentos são pesquisas de resultado (Meyer & Oshiro, 2011), estudar o que ocorre na interação entre terapeuta e cliente *borderline* na terapia analítico-comportamental parece promissor. A literatura sobre transtorno de personalidade *borderline* (Kehrer & Linehan, 1999; Krumer, 2005; Linehan, 2010; Souza, 2003; Beck, Freeman & Davis, 2005; Souza & Vandenberghe, 2005) aponta para a alta incidência de abandono da terapia por parte dos clientes *borderline*. Contudo, o maior volume de estudos publicados é sobre resultados bem sucedidos dos tratamentos destes clientes (Meyer & Oshiro, 2011). A TCD, por exemplo, apresenta no início do tratamento, conforme descrito por Linehan (2010), termos e compromissos que são colocados de forma clara e específica para o cliente e um deles é o critério de término unilateral da terapia. Este critério é colocado pelo terapeuta para seu cliente de que se ele faltar por quatro semanas consecutivas às sessões agendadas, estes serão desligados do programa de tratamento (p.114). Tal critério deve diminuir razoavelmente a probabilidade de abandono. E raras são as pesquisas que estudam variáveis de processo em casos de abandono em psicoterapia (exceções encontradas em Piper, Ogrodniczuk, Joyce et al. 1999; Yano, Almeida & Meyer, 2009). Portanto, entender o que ocorre dentro da sessão de terapia entre o terapeuta e o cliente *borderline* que pode estar relacionado com o abandono, pode ser de grande valia para que futuros equívocos ou falhas na relação terapêutica sejam evitados, aumentando assim, as chances da continuidade do processo terapêutico. O presente estudo teve como objetivos investigar se há tendências de categorias de comportamentos de um terapeuta e seu cliente com Transtorno de Personalidade *Borderline* e sequências de interação entre terapeuta e cliente e inferir possíveis relações destas tendências com o abandono da terapia.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo uma terapeuta analítico-comportamental e uma cliente que foi selecionada a partir dos seguintes critérios: ser uma cliente que já havia se submetido a mais de um processo terapêutico anteriormente, nos quais o motivo de término, de pelo menos um destes tratamentos, tenha sido o abandono prematuro da terapia, e a presença de pelo menos cinco critérios do diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* segundo o sistema de classificação diagnóstica presente no DSMIV-TR (transtornos do Eixo II).

a) Terapeuta

A terapeuta é do sexo feminino, 36 anos de idade, atua como terapeuta analítico-comportamental, tendo mestrado em Análise do Comportamento e sua experiência clínica é de 12 anos quando do início da coleta dos dados. A terapeuta não se encontrava em processo de supervisão ou realizava discussão sistemática do presente caso e, além de terapeuta, assumia a função de pesquisadora no presente estudo.

b) Cliente

A cliente é do sexo feminino, 30 anos de idade, casada há sete anos e não tem filhos. Possui ensino superior completo em Engenharia e incompleto em Letras. Estava em atendimento psiquiátrico e fazia uso dos medicamentos Escitalopram e Lorazepam³.

Materiais e instrumentos

a) *Equipamentos*: para o registro das sessões foi utilizado um gravador digital da marca *Olympus DDS Player* e para a análise dos dados foram utilizados os *softwares* do pacote *Office, Word e Excel 2007*.

³ A conceituação completa do caso encontra-se no Anexo 1. Dados pessoais tais como os cursos superiores, locais, iniciais do nome da cliente e de outras pessoas citadas por ela foram alterados com a finalidade de preservar o sigilo de sua identidade.

b) *Sistema multidimensional para categorização de comportamentos na interação terapêutica, de Zamignani (2007) – SMCCIT:*

No presente estudo foram utilizadas apenas as categorias de comportamento verbal-vocal de terapeuta e cliente pertencentes ao Eixo I e as categorias pertencentes ao Eixo II, que se refere aos temas da sessão.

Definições das categorias do terapeuta

1. *Terapeuta solicita de 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, estas 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):* 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 aceito como você 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. Conforme Zamignani (2007) enfatiza, 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. 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, 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.

7. *Terapeuta interpreta – (Interpretação – INT)* consiste em 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 de 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 a 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 reprova 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, avaliações do cliente. Assim como *APROVAÇÃO*, verbalizações de *REPROVAÇÃO* dirigem-se a 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 foi 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.

Definições das categorias do cliente

1. *Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, 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 sugere ao terapeuta o que este deve fazer com relação ao seu tratamento; (5) *Solicitação de asseguramento*: cliente solicita ao terapeuta asseguramento 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 a 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)* consiste em 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 tem 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.

Definições dos temas da sessão

1. *Relação Terapêutica (RTR)* quando o assunto corrente refere-se a eventos que ocorreram dentro da sessão, na interação do cliente com o terapeuta, ou diz respeito a sentimentos ou impressões do cliente ou do terapeuta um com relação ao outro.

2. *Relação com cônjuge/parceiro (RCP)* quando o assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente fora da sessão, que se refira a envolvimento afetivo amoroso com um parceiro/parceira, ou a busca de um parceiro/parceira, independentemente de haver correspondência por parte da outra pessoa. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com pessoas com as quais haja interesse amoroso por parte do cliente, ou com o(a) namorado(a), cônjuge ou companheiro(a).

3. *Relação com filhos ou enteados (RFI)* quando o assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente fora da sessão com um filho ou enteado. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, orientação de pais, bem como o relato de qualquer tipo de interação – amigável ou não.

4. *Relação com pais ou padrastos (RPA)* quando o assunto corrente refere-se ao relacionamento do cliente fora da sessão, com pais ou padrastos. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não.

5. *Relação com outros familiares (RFA)* quando o assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente com familiares. Pode envolver dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com familiares que não o cônjuge/companheiro.

6. *Trabalho, estudo e/ou carreira (TRB)* quando o assunto corrente diz respeito a questões do cliente relacionadas a trabalho, estudo ou carreira, tanto

no que se refere a projetos, decisões, dúvidas, planejamento, problemas de trabalho ou estudo, dificuldades de relacionamento interpessoal que interferem no trabalho ou estudo ou relacionamentos com colegas de trabalho que têm implicações diretas (implicações sugeridas no relato presente do cliente) no trabalho ou estudo.

7. *Religião (RLG)* refere-se ao assunto corrente diz respeito a questões do cliente relacionadas ao seu engajamento em uma determinada crença ou grupo religioso, tanto no que se refere a atividades, cultos, crenças, dúvidas, problemas, dificuldades de relacionamento interpessoal relacionadas às atividades religiosas (relação sugerida no relato presente do cliente).

8. *Relações interpessoais (RIT)* quando o assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente com pessoas com as quais ele convive fora da sessão, com exceção da família, relações amorosas e relações profissionais. Pode envolver dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com outras pessoas que não o terapeuta, família ou cônjuge/companheiro ou relações de trabalho.

9. *Sentimentos em geral, julgamentos ou tendências à ação (STM)* quando o assunto corrente diz respeito a sentimentos experimentados pelo cliente e eventos a eles relacionados.

10. *Questões existenciais (EXT)* quando o assunto em pauta diz respeito a questões do cliente sobre a existência, sobre o sentido de determinadas experiências ou de sua própria vida. Assuntos de natureza filosófica ou existencial, em geral, devem ser categorizados nessa temática.

11. *Eventos traumáticos (TRA)* quando o assunto corrente refere-se a eventos experimentados pelo cliente como traumáticos, em especial a situações de violência, eventos que implicaram em risco sério de morte ou lesão, perda de entes queridos, ameaça séria à sua integridade física ou emocional ou eventos a eles relacionados.

12. *Atividade de fantasia ou jogo (FTS)* quando o assunto O assunto em curso trata de eventos que ocorrem durante uma atividade lúdica, de viagem de

fantasia, *role-playing*, desenho ou qualquer atividade que envolva arte ou fantasia como recursos terapêuticos.

13. *Desenvolvimento de técnicas/procedimentos ou entrevistas padronizados (TEC)* quando o assunto trata de eventos que ocorrem durante a aplicação de uma técnica ou procedimento padronizado (com exceção de viagens de fantasia, *role-playing*, desenho ou qualquer atividade que envolva arte ou fantasia como recursos terapêuticos) ou ainda durante a aplicação de entrevistas ou de escalas de avaliação padronizadas.

14. *Queixas psiquiátricas e sintomas médicos (QXS)* quando o assunto corrente diz respeito a (a) desconforto físico, descontentamento, desprazer ou dor relacionados a problemas de saúde - doenças ou sintomas físicos, estímulos interoceptivos ou proprioceptivos - incluindo a descrição de procedimentos médicos relacionados; (b) sintomas relacionados a quadros psiquiátricos, bem como tratamentos e procedimentos médicos e psicológicos, medicação, bem como procedimentos tomados pelo paciente, familiares ou outros em situações de crise.

15. *Silêncio (SLC)* essa categoria é utilizada quando ambos os participantes se encontram em silêncio.

16. *Outros temas (OTM)* essa categoria é utilizada quando não é possível identificar o tema principal da conversação ou quando o tema em curso não se refere a nenhum dos anteriormente previstos.

Ambiente e coleta de dados

As sessões de terapia ocorreram no consultório particular da terapeuta, com exceção da 21ª sessão, que foi uma sessão domiciliar. Elas tinham uma duração média de 50 minutos e ocorriam duas vezes por semana. As sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e digitadas em formato *Word* por um auxiliar de pesquisa.

Foi gravado um total de quatorze sessões, sendo estas pertencentes à fase intermediária da terapia (da nona à vigésima segunda sessão). A 14ª

sessão foi excluída da análise de dados, pois esta sessão teve a participação do marido da cliente. A última sessão que a cliente compareceu foi a 22ª sessão. Após esta sessão, outras três sessões foram marcadas e a cliente telefonava as desmarcando, alegando não ter condições físicas para ir à terapia. No que seria a 25ª sessão, a cliente telefona para a terapeuta dizendo que “quer dar um tempo da terapia e tentar melhorar por conta própria”.

Procedimento de análise dos dados

As sessões transcritas foram organizadas em duas colunas (uma para categorias do terapeuta e outra para categorias do cliente) para realização das categorizações. Posteriormente, estas foram categorizadas segundo o sistema de categorização de comportamentos da interação terapêutica de Zamignani (2007).

Unidades de análise

As verbalizações de terapeuta e cliente foram divididas em unidades de ocorrência de segmentos de verbalizações - trechos da verbalização de um participante identificados em uma classe específica (por exemplo, Donadone, 2004, 2009; Garcia, 2001; Zamignani & Andery, 2005).

Esta unidade de análise leva em consideração de que a fala de um participante não é delimitada exclusivamente pela resposta do outro participante, mas sim por qualquer mudança em sua natureza (classe, pausa, tema etc.), ainda que dentro da mesma verbalização deste participante (Zamignani, 2007, p.25). Os segmentos de verbalizações foram tomados como unidade de análise para a categorização do Eixo I do sistema multidimensional de Zamignani.

Pra categorizar o Eixo II e seus qualificadores foi tomada outra unidade de análise. Conforme Zamignani (2007), este eixo de categorização deve ser

categorizado independentemente do falante. Portanto, a unidade de análise mais pertinente neste caso seria o episódio. Os temas (assim como seus qualificadores) foram tomados como episódios para serem categorizados e seus marcadores de início e fim foram considerados quando havia mudança no assunto, independentemente de quem o fazia, se era o terapeuta ou o cliente.

Unidade de medida

A unidade de medida se constitui em uma fala. 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; Oshiro, 2011).

Dimensões analisadas

Para as categorias do Eixo I foram escolhidas duas dimensões dos comportamentos de terapeuta e cliente: a frequência e a duração. A frequência é a medida por excelência dos estudos experimentais e da Análise do Comportamento, por ter se mostrado eficiente em evidenciar os processos de fortalecimento ou enfraquecimento de uma classe de respostas (Sidman, 1976; Skinner, 1953/1981, Zamignani & Meyer, 2007).

Conforme afirma Zamignani e Meyer (2007), a frequência, se tomada como medida exclusiva de categorias de comportamento colocaria em um mesmo nível de comparação categorias contendo verbalizações mínimas, por exemplo, “hum-hum”, como a facilitação e categorias constituídas por verbalizações mais longas como é o caso da interpretação. Adotar então, além da frequência, a duração de uma dada categoria, evitaria superdimensionar categorias tais como a facilitação e subdimensionar categorias tais como a interpretação.

E para as categorias pertencentes ao Eixo II do sistema de categorização as dimensões escolhidas também foram frequência e duração dos episódios. A duração dos episódios foi medida pelo número de palavras presentes em cada tema, tempo e condução do tema.

Análise sequencial de atraso (Lag sequential analysis; Lichtenberg & Heck, 1986)

A análise sequencial de atraso permite analisar sequências de interações entre terapeuta e cliente.

O evento antecedente é usado como ponto de partida (evento-critério) para a procura da ocorrência de outro evento-alvo dentro de um intervalo de tempo específico (*lag*).

Quando eventos consecutivos são analisados, o evento imediato que se seguiu após o evento-critério é chamado de LAG 1. Mas se pensarmos que um dado comportamento do terapeuta, por exemplo, pode produzir um efeito atrasado em um dado comportamento do cliente, análises de sequências em atraso podem contribuir para identificar tal efeito. LAG 3 por exemplo, indica que após um evento X ocorrer, a probabilidade de que um evento Y ocorra após 3 eventos é de....%.

Duas direções de sequências foram analisadas: LAGT, que tomou como evento-critério o comportamento do terapeuta, ou seja, a sequência analisada foi terapeuta-cliente; e LAGC, que tomou como evento-critério o comportamento do cliente, ou seja, a sequência analisada foi cliente-terapeuta.

Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos necessários às pesquisas com seres humanos, contidos nos termos da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Ambos participantes, tanto cliente como terapeuta-pesquisadora, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Neste termo foi garantida aos participantes a preservação de suas identidades, mantendo-se em sigilo quaisquer informações que possam identificá-los e

esclarecendo que eles podem requerer a interrupção das gravações a qualquer momento.

O juiz que participou do teste de concordância entre observadores e teve acesso às transcrições das sessões, assim como os auxiliares de pesquisa que realizaram as transcrições das gravações das sessões, assinaram um Termo de Responsabilidade no qual garantem o sigilo das informações às quais tiveram acesso. (Anexo 3).

Concordância entre observadores

Foi realizado teste de concordância entre observadores. Um juiz realizou a categorização dos comportamentos do cliente e do terapeuta a partir das transcrições das sessões que foram gravadas em áudio. Este juiz é um psicólogo que atua como terapeuta analítico-comportamental, possui mestrado em Análise do Comportamento e tem experiência clínica de 12 anos.

A 11ª sessão foi sorteada para ser categorizada. O juiz possuía bom conhecimento do sistema de categorias da interação terapêutica de Zamignani, não sendo necessário um treinamento prévio para realizar a categorização.

O índice de concordância utilizado neste estudo foi o *coeficiente Kappa*. Este tem sido considerado o índice mais confiável, pois ele desconta as concordâncias esperadas ao acaso e pode acomodar eventos envolvendo dois ou mais observadores (Zamignani, 2007).

A equação para o cálculo do coeficiente *Kappa* é representada abaixo:

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

Po é a proporção de concordância observada e Pe 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, e o denominador indica a diferença total possível entre a concordância entre observadores e a concordância ao acaso esperada.

O teste de concordância entre observadores obteve os satisfatórios coeficientes *Kappa* de 0,79 para as categorias da terapeuta e de 0,74 para as categorias da cliente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os dados obtidos em 13 sessões da interação entre cliente e terapeuta participantes do presente estudo. As sessões áudio gravadas que compõem os dados desta pesquisa foram entre as sessões 9 e 22. No entanto, foi excluída da análise de dados a sessão de número 14, pois esta foi uma sessão na qual o marido da cliente participou. Dessa maneira, apenas aquelas sessões em que a terapeuta interagiu

exclusivamente com a cliente, não havendo a presença de qualquer outro indivíduo na sessão, foram objeto de análise.

As falas da terapeuta e da cliente foram categorizadas e foram analisadas 2652 verbalizações da terapeuta e 2716 verbalizações da cliente, totalizando 5368 verbalizações da interação entre terapeuta e cliente.

A Figura 2 apresenta a distribuição das porcentagens das categorias da terapeuta e do número de palavras contidas nas falas de cada categoria no total das 13 sessões. E a Tabela 3 mostra as frequências absolutas e as porcentagens de cada categoria e o número de palavras contidas em cada categoria da terapeuta no total das 13 sessões.

Figura 2. Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras do terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões.

Legenda: FAC- Facilitação; EMP- Empatia; SRE- Solicitação de Relato; INF- Informação; SRF- Solicitação de reflexão; REC- Recomendação; INT- Interpretação; REP- Reprovação; TOU- Outras vocal; TSL- Terapeuta permanece em silêncio.

Tabela 3. Número absoluto e porcentagem das categorias do terapeuta em frequência e duração no total das treze sessões

TERAPEUTA		FAC	EMP	SRE	INF	SRF	REC	INT	APR	REP	TOU	TSL
n de palavras (duração)	N	1143	1908	2131	1873	780	781	3597	802	118	925	0
	%	8,1	13,6	15,2	13,3	5,5	5,6	25,6	5,7	0,8	6,6	0
Categorias	N	1088	403	426	135	65	31	180	196	21	107	0
	%	41	15,7	16	5	2,5	1,2	7	7,6	0,8	4	0

As categorias de maior ocorrência foram Facilitação [FAC], representando 41%, Solicitação de relato [SRE], 16% e Empatia [EMP], 15,7% do total de categorias emitidas pela terapeuta. As categorias de menor ocorrência foram Solicitação de reflexão [SRF], ocorrendo em 2,5% do total das falas da terapeuta, Recomendação [REC] em 1,2% e Reprovação [REP] em 0,8%. As categorias Interpretação [INT] e Aprovação [APR] tiveram praticamente a mesma porcentagem de ocorrência, 7% para Interpretação e 7,6% para Aprovação. As categorias Informação [INF] e Outras [TOU] também se apresentaram muito semelhantes em suas porcentagens: 5% para Informação [INF] e 4% para Outras verbalizações do terapeuta [TOU].

É relevante comparar duas dimensões dos comportamentos de terapeuta e cliente. A frequência, como uma dimensão mais utilizada e consolidada por pesquisas experimentais e a duração da categoria, medida de maneira indireta pelo número de palavras contidas em uma verbalização. Conforme Zamignani (2007) e Zamignani e Meyer (2007), utilizar exclusivamente a frequência colocaria em um mesmo nível de comparação dois tipos de categorias, por exemplo, a categoria Facilitação [FAC] que é tipicamente representada por verbalizações mínimas do tipo “hum-hum”, “sei”, enquanto as categorias Relato [REL] ou Interpretação [INT] podem ser constituídas por longos períodos de verbalização. Dessa maneira, utilizando-se duas dimensões para medir as categorias eliminou-se o risco de subdimensionar uma categoria como a interpretação, caso optasse apenas pela frequência, ou superdimensionar uma categoria como a facilitação.

Na Figura 2 pode ser observada esta diferença entre a porcentagem de ocorrências da categoria e a porcentagem de palavras que constituem a categoria. Na categoria Facilitação [FAC], é possível observar que sua

porcentagem de ocorrência (41%) foi muito maior do que a porcentagem de palavras que a constituem (8,1%). Por outro lado, nas categorias Informação [INF] e Interpretação [INT] verifica-se que a porcentagem de palavras é maior do que a porcentagem de ocorrência das categorias. Isso significa que apesar destas últimas ocorrerem em menor frequência, apresentavam maior duração. A categoria Interpretação [INT], por exemplo, que ocorreu em 7% das vezes, teve uma duração de 25,6%, assim como a categoria Informação [INF], que obteve uma porcentagem de palavras de 13,3% e a porcentagem de ocorrência em 5%, refletindo que a duração destas categorias foi maior que suas ocorrências.

A Figura 3 e a Tabela 4 apresentam a distribuição das porcentagens das categorias da cliente e de palavras contidas em cada categoria no total das 13 sessões.

Figura 3. Frequência relativa das categorias e porcentagem de palavras do cliente do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões.

Legenda: SOL- Solicitação; REL- Relato; MEL- Melhora; MET- Meta; CER- Estabelecimento de Relações; CON - Concordância; OPO- Oposição; COU- outras vocal; CSL- Cliente permanece em silêncio.

Tabela 4. Número absoluto e porcentagem das categorias do cliente em frequência e duração no total das treze sessões

CLIENTE		SOL	REL	MEL	MET	CER	COM	OPO	COU	CSL
n de palavras (duração)	N	533	79604	521	0	25629	629	2388	757	4
	%	0,5	72,3	0,5	0	23,3	0,6	2,2	0,7	0
Categorias	N	88	1875	12	0	480	97	73	88	3
	%	3,2	69	0,4	0	17,7	3,6	2,7	3,2	0,1

Observa-se que a categoria da cliente que ocorreu com maior frequência foi a categoria Relato [REL], com 69%, seguida da categoria Estabelecimento de relações [CER], que ocorreu em 17,7%. As demais categorias tiveram uma frequência relativa muito baixa, que variou entre 3,6% para Concordância [CON] e 0,1% para Cliente permanece em silêncio [CSL]. Apenas a categoria Cliente formula metas [MET] não ocorreu nenhuma vez. As categorias Solicitação [SOL] e Outras vocalizações do cliente [COU], obtiveram a mesma porcentagem, 3,2%. Oposição [OPO] ocorreu em 2,7% e Melhora [MEL] em 0,4%.

Com relação à comparação entre a frequência e a duração das categorias, as porcentagens foram semelhantes para praticamente todas as categorias da cliente. No Relato [REL], que foi a categoria de maior frequência (69%), a porcentagem de palavras foi um pouco mais elevada (72,3%) do que a porcentagem de frequência da categoria, assim como o foi para a categoria Estabelecimento de relações [CER] (17,7% para frequência e 23,3% para duração), conforme indicado na Tabela 2.

A elevada taxa da categoria Facilitação [FAC] (41%), seguida de Solicitação de relato [SRE] (16%) e Empatia [EMP] (15,7%), se mostram coerentes com o que ocorre em sessões típicas de clientes com transtorno de personalidade *borderline*. Oshiro (2011) desenvolveu um estudo experimental sobre os efeitos da FAP em dois clientes considerados difíceis e obteve resultados semelhantes aos do presente estudo na fase de linha de base para uma cliente que apresentava diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Seus resultados foram: 37,8% para Facilitação [FAC], 24,2% para Solicitação de relato [SRE] e 20,2% para Empatia [EMP].

Geralmente, clientes *borderline* relatam muito, de maneira superficial e ininterrupta em sessão (Linehan, 2010; Oshiro, 2011); a taxa elevada de relato, 69% fortalece este dado. O terapeuta, principalmente em sessões iniciais, restringe-se a ouvir e eventualmente a fazer perguntas para o cliente.

Meyer e Vermes (2001), apontam para o quão importante é o estabelecimento de uma boa relação terapêutica para o processo terapêutico. Com clientes *borderline*, a relação terapêutica se torna o elemento mais importante do processo terapêutico (Linehan & Kehrer, 1999; Beck, Freeman & Davis, 2005; Linehan, 2010). Portanto, uma maior ocorrência de empatia denota que o terapeuta coloca-se no lugar do cliente e valida seus sentimentos e eventos que este relata. Além disso, a empatia pode contribuir para facilitar a aplicação de procedimentos, ajudando o cliente a aceitar determinadas intervenções terapêuticas como, por exemplo, as interpretações (Meyer & Vermes 2001; Oshiro, 2011). Segue abaixo alguns exemplos de interações entre terapeuta e cliente envolvendo empatia:

1) C: *Em vez de querer ir pra Europa ficar visitando museus e não sei o quê e querer uma TV de plasma ou um home theater ou uma coisa qualquer, eu quero um vídeo game (risos) e ir pra Disney. Porque a única coisa que eu me lembro da Disney é que eu passei vinte dias sorrindo, que eu passei vinte dias fora da realidade entendeu? Na realidade do Mickey, do Pateta...* [REL]

T: *no gostoso da fantasia.* [EMP]

C: *É, você fica cinco horas assim.... ahahah....!e passam cinco horas e você...* [REL]

2) C: *Isso aqui tá um resuminho, mas durou... E mesmo que tenha durado de um dia pro outro, que cê fala que foi rápido, mas é um dia de insônia que eu choro sete, oito horas, entendeu?* [REL]

T: *Não, não é pouco, é muito tempo pra ficar chorando...* [EMP]

Skinner (1953/1981) destaca a importância do terapeuta se apresentar como uma audiência não punitiva para seu cliente. Tal postura como ouvinte

pode aumentar a probabilidade do cliente em confiar no terapeuta e relatar sobre tudo, ao mesmo tempo em que assume a função de reduzir os efeitos gerados pela punição advinda das agências de controle tais como a família, a religião, a escola, entre outras. A terapeuta participante desta pesquisa apresentou uma baixíssima frequência da categoria Reprovação [REP] (0,8%), mostrando-se como uma audiência não punitiva. Não reprovar relatos da cliente provavelmente teve impacto na frequência de relatos e também na baixa frequência de Oposição [OPO] (2,7%).

A categoria da cliente que apresentou maior frequência foi Relato com 69%. Mas como eram estes relatos? Eram relatos muitas vezes longos, cheios de detalhes que diversas vezes, eram seguidos por facilitação da terapeuta. A seguir, são apresentados alguns exemplos das interações verbais entre terapeuta e cliente que podem caracterizar os relatos da cliente:

T: *Hum-hum.[FAC]*

C: *E meu pai com uns conceitos muito bons que ele aprendeu desse livro! (risos)... Ele deve ter assim, voz suave, gentil, doce, fala baixo a mesma coisa, a pessoa não vai se fazer entender. Papai, ele foi ver a minha defesa de tese de monografia, lá na Engenharia, eu tava com 23 anos, eu não falei no microfone hora nenhuma, eu falo normal, se é pra falar alto eu falo alto. Eu tinha o data show, eu tinha as transparências e eu tinha que coordenar isso tudo numa apresentação longa, com uma banca de jurados aqui, de professores, alguns jurados outros não. E assim, tinha um amigo me ajudando e tudo mais, mas eu tinha que orientar ele também. Pra quê microfone, deixa esse microfone lá, eu falo. A primeira coisa que cê tem que perguntar é se o pessoal de trás tá ouvindo, tá, então tá ótimo, cê continua falando. Falou assim: “Como sua voz muda!”. ‘Como assim minha voz muda, pai?’. “É impressionante, esse seu jeito de falar dá pra ouvir lá atrás”. ‘Não é altura, pai. A minha voz nunca foi baixa, ela não é estridente que nem a da mamãe, ela não é gritada como a da B’. A B., nos raros momentos em que ela resolve falar normal ela tem a voz até parecida com a minha, só que ela berra*

tanto, entendeu? Que não dá nem pra ouvir a verdadeira voz da B. Eu já não me lembro mais.[REL]

T: *Hum-hum.*[FAC]

Estes relatos longos e cheios de detalhes, muitas vezes pareciam exercer função de esquiva da cliente, que ao engajar-se em longos relatos, controlava o assunto discutido em sessão, evitando assim, assuntos de caráter aversivo. Oshiro (2011) obtém dados semelhantes com uma alta frequência da categoria Relato (76,8%) para uma cliente *borderline* e maiores frequências de Facilitação (37,8%) e Empatia (20,2%) quando comparadas às outras categorias do terapeuta.

É interessante notar a semelhança dos dados encontrados neste estudo e em Oshiro (2011) para as categorias Empatia e Facilitação e como estes diferem dos dados encontrados por Meyer (2009) que criou um banco de dados com 626 sessões sistematizadas de psicoterapia de 17 pesquisas brasileiras, no qual o percentual médio das categorias Empatia e Facilitação foram respectivamente de 8,7% e 12%. Isso pode estar relacionado ao tipo de cliente atendido nestes dois estudos, que apresentavam Transtorno de Personalidade *Borderline*.

No início da coleta de dados, Oposição [OPO] era uma categoria que se esperava haver em uma frequência mais elevada, na medida em que se tratava de uma cliente difícil com uma história de diversos abandonos de terapia. Contudo, o que se obteve foi uma baixa ocorrência desta categoria (2,7%). Podemos relacionar a baixa frequência de Oposição com diversas categorias da terapeuta: as baixas frequências de Solicitação de reflexão [SRF] (2,5%), Reprovação [REP] (0,8%) e Recomendação [REC] (1,2%), assim como as maiores frequências de Facilitação [FAC] (41%) e Empatia [EMP] (15,7%). Esta hipótese é fortalecida pelos dados do estudo de Oshiro (2011), que apresentou uma baixa porcentagem de ocorrência para Recomendação (0,2%) e Reprovação, que não ocorreu. A categoria Oposição mostrou-se superior à deste estudo (6,5%), porém ainda assim, mostrou-se baixa se comparada às demais categorias da cliente. No que se refere à Solicitação de reflexão, a porcentagem de ocorrência do estudo de Oshiro (2011) mostrou-se superior à

deste estudo (8,97%). Provavelmente isto se deu em virtude da diferença do tempo de início de ambos os processos terapêuticos: o início da coleta de dados da participante do estudo de Oshiro ocorreu na sessão de número 165 e deste estudo foi na sessão de número 9, ou seja, fases muito distintas do processo terapêutico.

A categoria Recomendação (1,2%) foi muito baixa. As ocorrências de Recomendação [REC] concentraram-se principalmente na 21ª sessão que foi uma sessão atípica. Além de ser a penúltima sessão antes do término da terapia, foi uma sessão domiciliar na qual a cliente demandou a ida da terapeuta em sua casa, pois se encontrava impossibilitada de sair porque estava com uma grave disfunção intestinal. A terapeuta julgou relevante atender a solicitação da sessão domiciliar como uma forma de validar o que a cliente estava sentindo e vivenciando e pelo fato da cliente ter tido uma sequência de faltas em sessões anteriores alegando estar passando mal, ou seja, também funcionaria como um bloqueio de esquiva. As Recomendações foram relacionadas à autorregistro do cotidiano da cliente por uma semana. O objetivo da atividade era avaliar como transcorriam os dias da cliente, que serviria de referência para iniciar uma proposta de estruturação de atividades cotidianas. Suspeitava-se de que seus dias eram bastante ociosos e evidenciar isto por meio do autorregistro parecia ser promissor para propor uma mudança em seu cotidiano. E também funcionaria como uma contingência para iniciar um processo de modelagem de autodescrição e controle privado de estímulos.

A categoria Aprovação [APR] também foi pouco frequente (7,6%). Esta é uma categoria que geralmente refere-se ao terapeuta avaliar ou julgar de maneira favorável ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente (Zamignani, 2007). As situações nas quais as verbalizações da cliente eram passíveis de serem conseqüenciadas com aprovação pareciam se concentrar em eventos que envolviam a relação terapêutica. Abaixo, segue um exemplo de uma aprovação da terapeuta para um comportamento da cliente que envolvia a relação terapêutica. Aqui, poderíamos dizer que a terapeuta reforçou um CCR2 da cliente.

T: *Sim, eu achei muito legal você ter me ligado e deixado o recado aqui falando: “Ai, H. desculpa, eu tava com a cabeça meio confusa mesmo... né”. Pediu desculpas pela maneira que você agiu... Eu acho que você parou e pensou.*

As demais situações em que ocorreu Aprovação, geralmente faziam parte da subcategoria “Verbalizações de concordância” nas quais o terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente (Zamignani, 2007, p.141). Abaixo segue um exemplo de uma interação que caracteriza esta subcategoria:

C: *Óbvio ((risos)), Seria se não fosse... é óbvio! Mas assim, as pessoas que te rodeiam... desde amigo mesmo que cê escolhe, ah, terapeuta... ah... mãe, pai, sei lá o quê... cada um tem várias utilidades, mas não existe nenhuma pessoa no mundo com todas. Teu melhor amigo de vida não tem todas as utilidades, você não tem cem por cento de... confiança, nesse sentido, por que... não é confiança no sentido de que ele vai contar, não é isso, mas confiança no sentido de que ele não vai entender isso. Isso eu tenho que falar com uma outra pessoa. [REL]*

T: *Sim, claro. [APR]*

Por outro lado, algumas verbalizações da cliente que poderiam ter sido conseqüenciadas com aprovação, a terapeuta perdeu a oportunidade de fazê-lo. O mesmo se pode dizer com relação a interpretar ou solicitar reflexão. E isto pode também explicar as baixas frequências das categorias Aprovação (7,6%), Interpretação (7%) e Solicitação de reflexão (2,5%) e ainda ser uma das variáveis relacionadas à baixíssima frequência da categoria melhora da cliente (0,4%). Abaixo segue um trecho que ilustra esta questão:

C: *Bom, mas todo mundo sai um pouquinho. Tudo bem. Éh... Ela não teve nenhuma culpa, mas estourei com ela e estou me sentindo mal. Aí eu piorei, entendeu? Acordei assim e fiquei: nossa!... como é que eu faço isso com os outros, eu sou igual a minha mãe!... Tá, voltei ao eixo sozinha, e é isso que devo fazer sempre. Com o tempo, é saber voltar para o túnel. É claro que ao longo da vida eu vou sair várias vezes do*

túnel. Eu vou sair várias vezes do eixo, milhões de coisas ainda vão acontecer e eu vou continuar viva, se não acontecer é por que eu vou morrer, ou já morri. Então assim, a vida vai... ahn... se eu viver até os setenta anos, imagina, tem muito mais pra eu viver do que eu já vivi. Mais... éh... ohr... eu vou sair feio, ou só um pouquinho do eixo muitas vezes. Se eu não aprender, com um tempo, a voltar sozinha, sem uma muleta, ou duas, ou cinco... não sei pra quê cinco muletas, né ((risos)), mas assim, eu tou ferrada. Mas é uma coisa que eu consegui fazer, só saí um pouquinho. Na verdade, eu voltei sozinha. [CER]

T: *Hum-hum* [FAC]

Ao invés de facilitar a fala da cliente, a terapeuta deveria ter elogiado e enfatizado o ganho terapêutico que a cliente acabara de relatar.

Observa-se o mesmo com relação à perda de oportunidade de continuar solicitando reflexão a partir do trecho de verbalizações que segue abaixo:

T: *O quê que ela... teve alguma coisa que ela chegou a falar, que foi uma coisa que realmente tocou você?* [SRF]

C: *Ela disse que, um dia que ela explodiu, ela falou que ela não sabe se comunicar comigo porque tem que pisar em ovos comigo. Aí eu falei: M, a expressão “pisar em ovos” foi inventada por alguém que te conheceu. Que é o que eu faço a vida inteira com você, quase?! Eu morro de medo de falar com você certas coisas. Porque eu acostumei, eu sei que você fica puta com isso, isso, isso, isso, isso, isso. Então, eu acho que pisar em ovos é uma coisa que a gente tem que aprender a saber fazer, não se incomodar mais... A gente mais ou menos faz isso e nem chama mais disso depois. [CER]*

T: *hum-hum* [FAC]

Neste trecho a terapeuta teve oportunidade de fazer mais uma Solicitação de reflexão [SRF], mas não fez. Emitiu uma facilitação, perdendo a oportunidade de levar a cliente a estabelecer relações sobre a maneira como ela percebia uma situação de conflito interpessoal e sobre seu padrão de

comportamento em situações deste tipo (colocar a culpa no outro - CCR1. Ver conceituação do caso no Anexo 1) e quais eram as consequências para a relação que este padrão produzia. O conflito foi com uma antiga amiga que terminou com o rompimento desta amizade. Contudo, a terapeuta em diversas vezes deixou de emitir uma solicitação de reflexão julgando criar uma condição de reflexão que produziria uma situação aversiva demais para a cliente e esta situação poderia contribuir para um potencial abandono da terapia. A terapeuta se baseou na história prévia da cliente de abandonos de outras terapias e também nas falas da cliente nas primeiras sessões sobre como se sentia em relação a terapeutas que solicitavam reflexão e interpretavam precocemente no processo terapêutico.

Embora, de uma maneira convencional a literatura aponte a terapia comportamental como uma terapia mais diretiva, a terapeuta participante deste estudo, diante de uma cliente *borderline*, mostrou-se menos diretiva, apresentando baixas taxas das categorias de Solicitação de reflexão [SRF], Informação [INF], Interpretação [INT] e Recomendação [REC]. Diversos autores ressaltam que intervenções mais diretivas para indivíduos com transtornos de personalidade ao invés de trazer benefícios ao processo terapêutico, podem prejudicar o andamento da terapia (Beck, Freeman & Davis, 2005; Linehan, 2010; Rush & Shaw, 1983).

A ausência da categoria metas [MET], provavelmente foi em virtude da cliente se manter ao longo das sessões, presa em relatos de situações do passado ou relatos de situações presentes que pareciam ter uma função de esquiva de entrar em contato com questões centrais tais como suas dificuldades em retomar um cotidiano normal, suas dificuldades conjugais, seu medo de enfrentar a vida adulta e os conflitos presentes em sua relação atual com seus pais. Estes assuntos pareciam eliciar fortes respondentes de emoções negativas. A hipótese levantada a partir da conceituação do caso e do conteúdo das sessões é de que o simples relatar sobre suas dificuldades era excessivamente aversivo, pois por mais que a terapeuta se apresentasse como uma audiência não punitiva, a própria cliente a condenava por suas dificuldades e talvez ela ainda considerasse cedo para confiar na terapeuta a ponto de assumir tais questões em sua presença.

Segundo Beck, Freeman e Davis (2005), um indivíduo *borderline* apresenta uma combinação um tanto paradoxal no que se refere às relações interpessoais: de uma crença de ser frágil e incapaz, enquanto outros são fortes e capazes e suposições paranóides, de que os outros não merecem confiança e são maldosos. Assim, o cliente *borderline* oscila entre se agarrar aos outros e se afastar por desconfiar deles, produzindo um padrão de relacionamento interpessoal instável.

Os dados obtidos na categorização do Eixo II do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT), que se referem aos temas discutidos nas sessões trazem elementos adicionais esclarecedores quando relacionados às categorias de terapeuta e cliente.

Figura 4. Frequência relativa dos temas abordados em sessão e porcentagem de palavras do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das 13 sessões

Legenda: RTR- Relação terapêutica; RCP- Relação com cônjuge/parceiro; RFI- Relação com filhos ou enteados; RPA- Relação com pais ou padrastos; RFA- Relação com outros familiares; TRB- Trabalho, estudo e/ou carreira; RLG- Religião; RIT- Relações interpessoais; STM- Sentimentos em geral, julgamentos ou tendências à ação; EXT- Questões existenciais; TRA- Eventos traumáticos; FTS- Atividade de fantasia ou jogo; TEC- Desenvolvimento de

técnicas/procedimentos ou entrevistas padronizados;QXS- Queixas psiquiátricas e sintomas médicos;SLC- Silêncio;OTM- Outros temas.

Tabela 5. Distribuição da frequência e duração dos temas abordados no total das treze sessões

Frequência	RTR	RCP	RPA	RFA	RLG	RIT	STM	EXT	TRA	TEC	QXS	SLC	OTM
N	187	353	179	124	66	175	19	6	5	62	1014	1	484
%	7	13,2	6,7	4,6	2,5	6,5	0,7	0,2	0,2	2,3	37,9	0	18,1
Duração													
N	4955	17653	9358	8186	1646	10730	469	127	441	1020	41278	0	14446
%	4,5	16	8,5	7,4	1,5	9,7	0,4	0,1	0,4	0,9	37,4	0	13,1

Observando os dados apresentados na Figura 4 e na Tabela 5 nota-se que os temas mais abordados nas sessões foram Queixas psiquiátricas e sintomas médicos [QXS] (37,9%) e Outros temas [OTM] (18,1%), seguidos pelo tema Relação com cônjuge ou parceiro [RCP] (13,7%). Os temas Relação terapêutica [RTR] (7%), Relação com pais ou padrastos [RPA] (6,7%) e Relações Interpessoais [RIT] (6,5%), obtiveram porcentagens muito próximas. E os temas menos abordados nas sessões foram sobre Sentimentos em geral [STM], ocorrendo em 0,7% das vezes e sobre Questões existenciais [EXT], que ocorreu apenas 0,2% das vezes. Os temas Religião [RLG] e Técnicas [TEC] obtiveram respectivamente, 2,5% e 2,3% de ocorrência.

Grande parte dos temas Queixas [QXS] (72,4%) e Outros temas [OTM] (64,8%) era relativo à categoria Relato [REL]⁴. Ao apresentarem o Modelo do Modo de Esquema de Young para explicar o funcionamento do Transtorno de Personalidade *Borderline*, Beck, Freeman e Davis (2005) colocam que o paciente *borderline* tende a ficar “desligado” a maior parte do tempo. Este seu modo protetor desligado é uma espécie de estilo protetor que a criança desenvolveu para sobreviver em um mundo perigoso. Este modo protetor

⁴ As tabelas contendo as porcentagens das ocorrências de cada categoria de terapeuta e cliente do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica com relação aos temas abordados encontram-se no Anexo 4.

serviria para proteger o indivíduo *borderline* do apego (para evitar o provável posterior abandono). Este modo 'desligado protetor' pode assumir diversas formas, tais como, evitar outras pessoas e atividades, usar drogas e álcool, e a que nos interessa mais para a cliente participante deste estudo, queixar-se de desconfortos somáticos (p.177). Podemos então, levantar a hipótese de que a alta ocorrência da categoria Relato [REL] relacionado ao tema Queixas [QXS] pode exercer esta função de esquiva ou proteção característica neste transtorno de personalidade citada pelos autores acima.

Grande parte dos relatos relacionados a Outros temas [OTM] se assemelhavam à categoria do cliente desenvolvida no estudo de Oshiro (2011) denominada "Verborragia" que consiste em "superabundância de palavras com poucas ideias concretas". Esta categoria foi definida por Oshiro como (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 (p.33). E foi considerada pela pesquisadora como uma classe de comportamentos que dificultava o andamento da terapia.

Relação com o cônjuge/parceiro [RCP], como terceiro tema mais abordado pela cliente ocorreu em 71,5% de Relato [REL] e 20,2% de Estabelecimento de relações [CER]. Os outros temas que abordavam relacionamento interpessoal (Relação com pais ou padrastos [RPA] e Relações Interpessoais [RIT]) que apresentaram porcentagens de ocorrência muito semelhantes, também ocorreram mais em Relato [REL] (74,6% para [RPA] e 71,2% para [RIT]) e em Estabelecimento de Relações (17,1% para [RPA] e 22% para [RIT]). Dentre as subcategorias da categoria Estabelecimento de relações, aquela mais frequente foi Estabelecimento de relações explicativas, na qual o cliente fornece razões para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais- relações do tipo "se...então"(Zamignani, 2007, p.162). Contudo, estas relações explicativas eram na maioria das vezes sobre o comportamento de terceiros, pois a cliente não demonstrava discriminar as relações de contingência entre seu comportamento e os efeitos que ele produzia no comportamento do outro. Quando observamos os dados que envolvem o tema sobre a Relação terapêutica [RTR] esta questão se mostra mais clara. Apesar da frequência

total deste tema não ser muito expressiva é interessante observar o que ocorre com a distribuição dos dados quando relacionados às categorias da cliente. Do total em 7% de ocorrência do tema Relação terapêutica [RTR], 53,7% ocorreram em Relato [REL], 14,4% em Estabelecimento de relações [CER] e 13,3% na categoria Oposição [OPO].

Os temas Questões Existenciais [EXT] e Sentimentos em geral [STM], que apresentaram baixíssimas ocorrências, provavelmente são devidos à forma de desenvolvimento do *self* característica de um indivíduo *borderline*. Conforme Kohlenberg e Tsai (1991/2001) para estes indivíduos há falta de estímulos discriminativos privados que controlam o *self*. Dessa maneira, quando a experiência de *self* depende de estímulos externos, a pessoa pode se sentir insegura e instável e relata muitas vezes a sensação de vazio. Na décima terceira sessão a cliente elogia a decoração do consultório da terapeuta relacionando este aspecto com seu próprio mundo privado.

C: *Tipo, uma vez eu cheguei numa terapeuta e falei assim, o consultório dela era uma confusão, era muito cafona, mas tudo bem. O piso era rosa brilhante, as paredes eram salmon com rosa e tinha uma parede alaranjada! Era prejudicial aquele consultório. Não me dava calma, me deixava assim: ‘Ai que coisa brega! Parece aquela decoração de motel, com espelho’ sabe?* [REL]

T: *Sei* [FAC]

C: *Mas tudo bem, ainda por cima era bagunçado. E ela era uma bagunça. O cabelo desgrenhado, a roupa... aí eu falei: ‘Não tá bom, olha só, deixa eu te falar. Isso é pessoal... isso é a sua vida, mas é que tá influenciando diretamente na minha. Essa sua confusão, você deve ser muito confusa.’* [REL]

T: *Cê falou pra ela?* [SRE]

C: *Falei. ‘Cê deve ser muito confusa. Eu não sei, seu pensamento é muito barroco. É muito rebuscado.’* [REL]

T: *Sei* [FAC]

C: *‘Porque eu acho que isso reflete na nossa vida aqui dentro, assim. O seu consultório é você. E eu não tenho condição de fazer terapia com uma terapeuta “barroca”. Porque eu preciso fazer com uma modernista, bem clássica, assim. Porque eu preciso assim, parede branca, mobiliário bonito, clean, limpinho, sabe. Que a minha cabeça já é uma confusão, não coloca mais coisa, sabe?’ [CER]*

T: *De fora tem que tá tudo mais clean, mais organizado, né? [INT]*

C: *‘Me dá paz. E aquela terapeuta...com aquele consultório, me deixava confusa. Fazia mais confusão. Aqui dentro é um caos, eu preciso de um lugar assim que nem é aqui, organizado, discreto. Assim me ajuda a me acalmar.’ [CER]*

Os temas Religião [RLG] e Técnicas [TEC], que tiveram baixas porcentagens, se concentraram em determinadas sessões. O tema Religião, por exemplo, se restringiu à 15ª sessão, com 51,5% de Relato [REL] e 40,9% de Estabelecimento de relações [CER]⁵. Com relação a este tema a cliente relatava sobre sua educação agnóstica e como isso impactou em diversos aspectos de sua vida. E o tema Técnicas se concentrou nas 10ª, 18ª, 19ª e 21ª sessões. Este tema obteve 58,3% de Relato [REL] e 18,3% de Solicitação [SOL] como as categorias mais frequentes. Na 10ª sessão a discussão girou em torno de uma proposta da terapeuta de fazer uma sessão com o marido da cliente. Nas 18ª e 19ª sessões a cliente traz alguns registros antigos feitos por ela para ler em sessão e na 21ª sessão, a terapeuta propõe para a cliente realizar uma espécie de autorregistro de seu cotidiano, com a finalidade de fazer uma avaliação (uma espécie de medida de linha de base) das atividades cotidianas desenvolvidas pela cliente, além de servir para auxiliar na modelagem do controle privado de estímulos, na medida em que seria também uma atividade de autorregistro de pensamentos e sentimentos.

⁵As tabelas contendo as porcentagens de ocorrência e da duração (número de palavras) dos temas abordados ao longo das treze sessões encontram-se no Anexo 4.

Para compreender melhor o que ocorreu na interação entre a terapeuta e a cliente que possa estar relacionado com o abandono da terapia, é relevante olhar para o que ocorreu ao longo das sessões.

As categorias Relato [REL] e Estabelecimento de relações [CER] se destacaram quando comparadas com as demais categorias do cliente ao longo das treze sessões.

A Figura 5 mostra ambas as categorias no decorrer das treze sessões.

Figura 5. Porcentagens das categorias Relato [REL] e Estabelecimento de relações [CER] do cliente ao longo das treze sessões.

Ao serem comparadas, as categorias Relato [REL] e Estabelecimento de relações [CER] se mostram bastantes distintas entre si. As porcentagens de Relato [REL] superaram em todas as sessões as de Estabelecimento de relações [CER] de acordo como é mostrado na Figura 5. Enquanto a categoria Relato [REL], que atingia na 15ª sessão 54,7% das categorias da cliente, chegando a 86,9% na 20ª sessão e 77,3% na 22ª, a categoria Estabelecimento

de relações [CER] na 15ª sessão representava 37,2% do total das categorias do cliente, caindo para 4% na 20ª sessão e atingindo 11% na 22ª sessão. Portanto, na última sessão de terapia a cliente relatava muito mais do que estabelecia relações entre eventos.

Em um processo terapêutico que está progredindo há um aumento na ocorrência da categoria Estabelecimento de relações [CER]. A categoria Relato [REL] caracteriza-se como uma categoria que fornece informações ao terapeuta sobre eventos, respostas emocionais e/ou estados motivacionais do cliente ou de terceiros sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles. Já a categoria estabelecimento de relações é uma categoria em que o cliente estabelece relações causais e/ou explicativas entre eventos (Zamignani, 2007).

Para Skinner (1953/1981), quando um indivíduo é capaz de descrever as variáveis das quais seu comportamento é função ele se torna consciente. Descrever as relações de contingência é um indicativo de progresso terapêutico. Kohlenberg e Tsai (1991/2001) denominam esta classe de comportamentos do cliente como comportamento clinicamente relevante 3 (CCR3) no qual o cliente é capaz de descrever as relações de contingência das quais seu comportamento é função. Além de representar um indicativo de progresso terapêutico, alguns terapeutas o utilizam como critério para alta do cliente.

Na 15ª sessão a categoria Estabelecimento de relações [CER] atinge seu valor mais elevado (37,2%), ocorrendo uma suave queda na categoria Relato [REL] (de 57,2% na 13ª sessão para 54,7% na 15ª sessão). Na sessão seguinte (16ª sessão) ocorre uma inversão nesta tendência, Estabelecimento de relações cai para 11,8% enquanto Relato eleva-se para 76,8%.

Ao focalizar a análise na 20ª sessão, é interessante observar os dados em relação a estas duas categorias: enquanto Relato [REL] obtém 86,9%, Estabelecimento de relações [CER] obtém 4%. A 20ª sessão foi a antepenúltima sessão da cliente, antes de abandonar a terapia e a última sessão do ano. Uma hipótese que poderia explicar este dado seria de que no início desta sessão a cliente sabia que haveria um intervalo da terapia, de pelo

menos as festas de final de ano. Isso parece tê-la colocado funcionando nesta sessão em seu 'modo protetor', ou seja, engajada em relatar muito. Os temas se concentraram em Outros temas [OTM] com 28,3% de ocorrência, que se referiam a assuntos amenos, tais como um programa de TV, Relação com pais ou padrastos [RPA], que ocorreu em 24,3% e Relação com cônjuge/parceiro [RCP], em 21,5%.

Todo comportamento tem sua determinação em variáveis ambientais. Na terapia ocorre uma influência mútua entre o comportamento do cliente e do terapeuta durante a sessão. Ou seja, o comportamento da cliente é sensível ao comportamento da terapeuta em sessão e vice-versa. Partindo desta afirmativa é fundamental analisar o que ocorreu com as categorias da terapeuta ao longo das sessões e relacioná-las com as categorias da cliente.

Figura 6. Porcentagens das categorias Interpretação [INT], Empatia [EMP] e Solicitação de reflexão [SRF] do terapeuta ao longo das treze sessões.

Segundo o que Zamignani (2007) apresenta para as caracterizações das categorias Interpretação [INT] e Solicitação de reflexão [SRF], podemos dizer

que elas estão entre as categorias do terapeuta que podem ser consideradas claramente intervenções terapêuticas que produzem mudanças, juntamente com as categorias Recomendação [REC], Informação [INF] e Aprovação [APR]. Categorias como Empatia [EMP] e Silêncio [TSL], podem ser intervenções profícuas, mas muitas vezes não são consideradas intervenções produtoras de mudanças. Em casos como os de transtorno de personalidade *borderline*, a empatia mostra-se como uma intervenção fundamental. Linehan (2010) ressalta a importância do terapeuta em validar sentimentos, pensamentos e comportamentos do cliente, na medida em que este viveu em um ambiente invalidante e em virtude disto, apresenta problemas no desenvolvimento do *self*.

Conforme mostra a Figura 6, a categoria Empatia [EMP] teve maior ocorrência do que as categorias Interpretação e Solicitação de reflexão. Apenas na 16ª sessão, Interpretação [INT] (12,3%) foi ligeiramente maior do que Empatia (11,4%). Analisando as treze sessões o que se pode observar é que Empatia cresceu até a 12ª sessão (8% na 9ª sessão e 23,3% na 12ª sessão), caindo para 13,6% na 13ª sessão, retornando a subir na 15ª sessão (24,1%) e a partir da 16ª sessão apresenta uma queda, embora na 22ª sessão tenha obtido 19,7%. A ocorrência da categoria Interpretação [INT] mostra-se oscilante, iniciando com 6,9% na 9ª sessão e caindo para 3,7% na 11ª sessão, voltando a aumentar na 12ª sessão (10,9%) e caindo novamente na 15ª sessão (5,5%), aumentando para 12,3% na 16ª sessão e voltando a cair a partir da 17ª sessão (9,9%) chegando a atingir 1,8% na 20ª sessão, mas elevando-se para 8,2% na 22ª sessão. Solicitação de reflexão [SRF] também se apresenta oscilante. Sua porcentagem de ocorrência embora muito baixa, oscilou, não ocorrendo na 9ª sessão e chegando a 4,3% na 11ª sessão, caindo para 2,3% na sessão seguinte e atingindo seu máximo (5%) na 16ª sessão. Nas sessões posteriores volta a cair (2,1% na 17ª sessão e 1% na 18ª) e na 22ª sessão aumenta para 4,4%.

É interessante notar que após a 16ª sessão estas três categorias da terapeuta (Empatia, Interpretação e Solicitação de reflexão) caem em sua porcentagem, ao mesmo tempo em que também cai a categoria Estabelecimento de relações do cliente [CER] e aumenta a categoria Relato

[REL]. Para compreender melhor o que ocorre nesta sessão como marco de mudança vamos analisar as porcentagens das categorias da terapeuta. Enquanto Interpretação [INT] e Solicitação de reflexão [SRF] mais que duplicam em seus valores nesta sessão (Interpretação passa de 5,5% para 12,3% e Solicitação de reflexão de 0,9% para 2,4%), Empatia [EMP] cai mais que em 50% (de 24,1% na 15ª sessão passa para 11,4% na 16ª sessão). Mais um dado interessante para a análise da 16ª sessão como uma sessão-chave na explicação da mudança no padrão de comportamentos tanto de terapeuta quanto de cliente é a respeito dos temas abordados em sessão: nesta sessão o tema mais abordado foi Queixas com 39,1% seguido do tema Relação Terapêutica, com 32,7% e foi nesta sessão que este tema mais ocorreu no total das treze sessões (ver Tabela 10 no Anexo 4).

Tais dados fortalecem a hipótese de que a queda da categoria Empatia, considerada uma intervenção fundamental para clientes *borderline* (Linehan & Kehrer, 1999; Linehan, 2010; Oshiro, 2011) e a elevação nas categorias Interpretação e Solicitação de reflexão, que são intervenções mais diretivas e pouco recomendadas para se utilizar com este tipo de cliente (Beck, Freeman & Davis, 2005; Linehan, 2010; Rush & Shaw, 1983), podem explicar a queda na porcentagem de Estabelecimento de relações e o aumento em Relato, no que se refere às categorias da cliente.

A análise sequencial de atraso (*Lag sequential analysis*) nos dará quais foram as sequências de interação de comportamentos da cliente e da terapeuta mais frequentes e também possibilitará verificar as sequências que são consideradas relevantes em um processo terapêutico, mas que tiveram uma baixa frequência. A Figura 7 mostra as sequências em LAG1 e LAG3 tomando a fala/categoria da terapeuta como evento-critério, ou seja, após uma determinada fala/categoria da terapeuta quais foram as falas/categorias imediatamente subsequentes mais e menos prováveis da cliente (LAG1) e aquelas que ocorreram como 2ª fala da cliente (LAG3).

Figura 7. Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do terapeuta no total das 13 sessões

Tabela 6. Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG 3 do terapeuta no total das treze sessões

Sequência	LAG1T	LAG3T
FAC-REL	30,62	28,01
SRE-REL	12,85	12,08
EMP-REL	10,54	9,75
FAC-CER	8,58	8,27
APR-REL	4,75	5,10
INT-CON	1,16	0,44
SRF-CER	0,80	0
INT-OPO	0,72	0,44
REC-CON	0,16	0,20

Na Figura 7 é possível observar que as porcentagens em LAG1 e LAG3 foram praticamente iguais. Desta maneira, vamos focalizar a análise apenas em LAG1.

Conforme mostra a Figura 7 e a Tabela 6, as sequências mais frequentes foram Facilitação seguida por Relato [FAC-REL] ocorrendo em 30,62% das vezes, Solicitação de relato seguida por Relato [SRE-REL], Empatia seguida por Relato [EMP-REL] e Facilitação seguida por Estabelecimento de relações [FAC-CER] que apresentaram respectivamente, 12,85%, 10,54% e 8,58%.

A sequência Facilitação seguida por Relato FAC-REL ter se apresentado como aquela de maior ocorrência possivelmente está relacionada com a ocorrência de sequências maiores do tipo REL-FAC-REL. Nestas sequências, em que a cliente relata sobre determinado evento ou sentimento e a terapeuta emite facilitação, podem ter ocorrido em virtude de: 1) os relatos da cliente eram longos e detalhados (como é característico de relatos de clientes *borderline*), conforme indica Linehan (2010) e Oshiro (2011) e a terapeuta apenas emitia Facilitação, colocando-se como alguém que estava disposta a ouvi-la; 2) a terapeuta, por ter sido punida pela cliente em alguma fala anterior, limitou-se a emitir facilitação ao invés de outro comportamento mais produtivo terapeuticamente, como interpretar ou solicitar reflexão; 3) a terapeuta emitia facilitação com função de extinção, por exemplo, de relatos sobre queixas sobre doenças.

Solicitação de relato seguida por Relato [SRE-REL] é uma sequência típica de fases iniciais da terapia, momento no qual ocorre a coleta de informações sobre dados relevantes da queixa e da história do cliente para se construir a análise de contingências preliminar. A ocorrência desta sequência em 12,85%, apesar da terapia encontrar-se em fase intermediária, a nona sessão poderia ser considerada uma sessão de transição de fases e onde se concentrou a maior porcentagem desta sequência ao longo das sessões (29,9%) e, além disso, provavelmente se deve à terapeuta estar tentando modelar a auto-observação e o autorrelato da cliente.

Empatia seguida por relato [EMP-REL] foi a terceira sequência mais frequente. Para Linehan (2010) e Linehan e Kehrer (1999) apresentar Empatia é fundamental para o terapeuta comportamental dialético que trata clientes *borderline*, pois validar os comportamentos, sentimentos e pensamentos do cliente é uma das intervenções terapêuticas mais relevantes no tratamento destes clientes. A sequência [EMP-REL], assim como a sequência [FAC-REL], parece fazer parte de uma sequência maior do tipo REL-EMP-REL. Em algumas ocasiões, a empatia referia-se a temas relacionados à história de vida da cliente e em outras, a temas relacionados à relação terapêutica. Segue um exemplo de um trecho de Empatia seguida por Relato relacionada a um tema que sua história de vida, mais especificamente, sobre Relação com pais ou padrastos [RPA]:

C: *Minha mãe sofreu abuso sexual com cinco anos. [REL]*

T: *Puxa!É mesmo,L.! [EMP]*

C: *É.....e meus avós mandaram ela calar a boca. Não falar essa história pra ninguém. [REL]*

T: *Nossa!Deve ter sido uma coisa horrível pra ela! [EMP]*

Facilitação seguida por Estabelecimento de relações [FAC-CER] que ocorreu em 8,58% foi a quarta sequência mais frequente em LAG1T. Mas se tomarmos o conjunto total de sequências, esta ocorreu em uma proporção considerada pequena. Observou-se que a categoria estabelecimento de relações foi diminuindo de frequência ao longo das treze sessões. Diante destes dados, levanta-se uma indagação: se quando a cliente estabelecesse relações, a terapeuta apresentasse solicitação de reflexão no lugar de facilitação, a categoria estabelecimento de relações teria aumentado? Os dados de Oshiro (2011) mostraram uma porcentagem mais elevada para Solicitação de reflexão (8,97%) do que as obtidas neste estudo (2,5%). E é interessante ressaltar que a participante do estudo de Oshiro (2011) encontrava-se em terapia com a mesma terapeuta por quatro anos. Isso nos

leva a concluir que este padrão de comportamento da terapeuta do estudo de Oshiro (2011) produziu adesão e não abandono do processo terapêutico.

As sequências [INT-CON] (1,16%) e [INT-OPO] (0,72%) apresentaram baixas porcentagens. Solicitação de reflexão seguida por Estabelecimento de relações [SRF-CER] se mostrou baixíssima (0,8%) demonstrando que o processo terapêutico não caminhava para o avanço na medida em que encontrar tal sequência em alta frequência significa que ao terapeuta demandar uma reflexão analítica de um dado evento, o cliente responde estabelecendo relações causais e/ou explicativas sobre ele. Mas também pode estar relacionado ao fato da terapeuta não solicitar reflexões com mais frequência.

A baixíssima porcentagem da sequência [REC-CON] (0,16%), está relacionada principalmente à baixíssima ocorrência geral da categoria Recomendação [REC] da terapeuta ao longo das treze sessões. As recomendações se concentraram principalmente na 21ª sessão, que foi a sessão domiciliar. Nesta sessão a terapeuta muda bastante seu padrão de comportamento em sessão, apresentando um procedimento de autorregistro, sendo mais diretiva, como uma forma de variabilidade típica como subproduto de um processo de extinção sob o qual ela estava vivendo com a cliente que desmarcava consecutivas consultas. Contudo, esta variação não produziu reforçamento (bons resultados), pois ocorre apenas mais uma sessão antes da cliente abandonar a terapia.

Sequências que tomaram como evento-critério uma fala/categoria da cliente também foram analisadas com o objetivo de verificar quais eram os comportamentos subsequentes da terapeuta diante de um dado comportamento da cliente.

Na Figura 8 são apresentadas as sequências de comportamentos da cliente e da terapeuta em LAG1 e LAG3 tomando como evento-critério uma fala/categoria da cliente.

Figura 8. Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do cliente no total das 13 sessões

Tabela 7. Porcentagens das sequências em LAG1 e LAG3 do cliente no total das treze sessões

Sequência	LAG1C	LAG3C
REL-FAC	30,09	28,08
REL-EMP	11,91	9,69
REL-SRE	10,15	9,53
CER-FAC	8,62	8,27
REL-APR	4,31	4,65
REL-INT	3,53	3,39
CER-INT	1,45	1,61
REL-SRF	1,29	1,38
CER-SRF	0,51	0,47
OPO-INT	0,35	0,39

Aqui também, como é possível observar na Figura 8, as porcentagens em LAG1 e LAG3 foram tão próximas que se optou por analisar somente o LAG1.

Os dados apresentados na Figura 8 e na Tabela 7 mostram que a sequência mais frequente foi Relato seguido por Facilitação [REL-FAC], ocorrendo em 30,09% das vezes. As sequências Relato seguido por Empatia [REL-EMP], Relato seguido por Solicitação de relato [REL-SRE] e Estabelecimento de relações seguido por Facilitação [CER-FAC], obtiveram respectivamente 11,91%, 10,15% e 8,62%.

A maior ocorrência de REL-FAC provavelmente se deveu a uma característica comum no padrão de relato de clientes *borderline*, que relatam excessivamente de maneira a se mostrar pouco sensíveis ao papel do outro como ouvinte (fala em monólogo) (Linehan, 2010; Oshiro, 2011). Mas tal dado também pode estar relacionado ao terapeuta ter emitido facilitação com objetivos terapêuticos ou como função de algum comportamento prévio da cliente que ocorreu na interação. A facilitação seguiu alguns relatos da cliente sobre suas doenças que a terapeuta julgava ser relevante colocar em extinção e nestes casos a facilitação exercia função de extinção para relatos com estes conteúdos. Segue abaixo trechos da interação entre cliente e terapeuta que fornecem um exemplo desta situação:

C: *Primeira coisa, assim, o R que me trouxe hoje porque... eu tou na fase pior assim, sabe, ... de... de... da... do intestino. Eh... assim... independente do... que for, eu tou fraca e tou tendo muito calafrio.* [REL]

T: *Sei.* [FAC]

C: *E eu não tenho febre, mas é uma sensação de febre, eu tava morrendo de frio, mas aí eu não tou mais, tou morrendo de calor. E tomei... eu não tomei novalgina, eh... eu tenho... eu tenho... umas tremedeiras, enfim. Aí, o médico... que é um clínico... ele esqueceu de falar... um pequeno detalhe... Ele pegou meus exames, ele viu a área, no rosto, aí o R falou: “Pega os exames e pode abrir.”. Aí ele falou: “Olha, ela não tem verme...!”* [REL]

T: *Hum hum.*[FAC]

C: *Tá tudo normal, só que ele esqueceu de falar um detalhe, meus leucócitos tavam lá em cima. Aí depois que... o médico... depois ele viu, né: “É verdade, tá muito alto, seus linfócitos estão muito altos dentro dos leucócitos, né. Isso deve ser alguma infecção”. Aí ele falou: “Provavelmente por que você deve tá com infecção intestinal. Daqui a três meses vamos repetir estes exames e ver como tá estas taxas”. Existe esse tipo de bactéria que não consegue ... sozinho, não é que nem vírus que tem um tempo... ou então não cura nunca, né. Por que infecção intestinal que eu conheço é aquela que a pessoa sempre tem diarreia e depois melhora.* [REL]

Na Análise Aplicada do Comportamento é frequente a utilização da estratégia de extinção de um comportamento juntamente com reforçamento diferencial de outro comportamento (DRO) (Ferster, Culbertson & Perrot Boren, 1968/1978). Terapeutas analítico-comportamentais fazem uso desta estratégia quando objetivam reduzir a frequência de comportamentos considerados mal adaptativos no repertório de seus clientes. O relato sobre queixas de doenças que acometiam a cliente deste estudo parecia exercer uma função de esquiva de abordar questões centrais que a traziam de fato para a terapia. Contudo, ao proceder desta maneira, a terapeuta acabou por produzir efeitos diferentes daqueles previstos em seu planejamento da terapia: não dar atenção às queixas sobre doenças e aos episódios de mal estar vivenciados pela cliente funcionaram como uma espécie de invalidação da condição que a cliente vivenciava naquele momento. Ao invés de avaliar como não estar reforçando um comportamento mal adaptativo da cliente, a terapeuta tivesse sido empática dando atenção aos relatos de queixas de doenças, demonstraria validação da condição em que a cliente se encontrava. A cliente se sentiria compreendida, amparada e provavelmente, isso aumentaria a adesão ao tratamento e diminuiria as chances de abandono.

A facilitação também pode ter exercido função de distanciamento emocional da terapeuta, por ter sido punida pela cliente. Nestes momentos, a terapeuta perdeu chances de interpretar ou solicitar reflexão da cliente ao emitir

facilitação. Aqui o tema em discussão era sobre pontualidade, pois a terapeuta se atrasou para iniciar a sessão com a cliente. Esta já se mostrou irritada e insatisfeita quando entrou para a sessão, logo nas primeiras interações com a terapeuta. Mas no decorrer da sessão tentou camuflar seus sentimentos teorizando sobre o assunto. Isto ocorreu na medida em que a terapeuta se desculpou e se justificou pelo atraso, deixando de explorar a análise dos sentimentos da cliente, ou seja, utilizar a Regra 2 da Psicoterapia Analítica Funcional: terapeuta evoca CCR do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

C: *Difícil mesmo. Até o tempo assim é difícil, porque o mundo como não é também...* [REL]

T: *Hum-hum.* [FAC]

C: *... às vezes atrasa essa pessoa. Então, assim, eu sou uma pessoa mais ou menos pontual, mais ou menos, por causa disso. Não dá pra ser sempre. Eu também meio que me relaxei com isso, porque meu pai, por exemplo, ele é pontual TOC.* [REL]

T: *Sei.* [FAC]

C: *Entendeu? Deu pra entender? Ele não admite que exista falta de pontualidade.* [REL]

T: *Sei.* [FAC]

C: *Não. E ele é o pontual mais insuportável que tem porque ele chega adiantado e quando dá a hora ele já tá estressado, na hora.* [REL]

T: *Sei.* [FAC]

Em um estudo sobre a hostilidade do cliente dirigida ao terapeuta, Hill et al. (2003) compararam situações em que os terapeutas foram hábeis e inábeis em administrar situações de hostilidade por parte do cliente. Apesar de todos eles terem experimentado sentimentos negativos em relação a seus clientes, manejaram de modos distintos tais situações. Nos casos bem resolvidos, o objetivo da intervenção do terapeuta foi o de auxiliar o cliente a encontrar as causas de seu próprio comportamento, apresentando também comportamentos

de empatia, o que não aconteceu nos episódios mal resolvidos de hostilidade do cliente. Nestes casos os terapeutas tiveram dificuldade em ir além da validação de sentimentos, esquivando-se de outras intervenções terapêuticas frente a um episódio de hostilidade expressa.

A sequência Relato seguido por Empatia (11,91%) obteve um valor muito próximo da sequência Empatia seguido por Relato (10,54%), mas ligeiramente superior. Tais dados indicam que os relatos da cliente tiveram a empatia da terapeuta como comportamento subsequente e como já mencionado anteriormente, a empatia apresenta-se como um comportamento necessário ao tratamento de clientes com transtorno de personalidade *borderline*.

Relato seguido por Solicitação de relato (10,15%) apresentou-se ligeiramente menor do que Solicitação de relato seguida por Relato (12,85%), na medida em que Solicitação de relato iniciava a abordagem de algum tema em sessão, tornando mais provável a sequência SRE-REL ou a sequência REL-SRE, onde a cliente encontrava-se relatando um determinado evento e a terapeuta fazia uma pergunta, com função de coletar mais informações, dando prosseguimento ao episódio verbal. Trechos destas duas situações são apresentados abaixo:

1) T: Como é que foi na quinta-feira? Me conta como foi. [SRE]

C: Ah, foi bom. A gente foi naquele lugar chamado não sei o quê... Haus München...[REL]

2) C: A agulha é desse tamanho, e o ruim é que você não tem quase posição, puxa aqui, né. Eu já fiquei com soro na testa, eu já acordei com soro no pé. Eu tenho pavor disso, tenho pavor. Eu tava tendo diarreia, e o R falou... depois que a gente briga ele vem todo assim: “Cê quer alguma coisa?”. Quero, tomar soro e voltar pra casa. Tou tomando água. [REL]

T: Depois daquele dia da diarreia? [SRE]

C: *É. Pra cada vez que eu vou no banheiro eu tomo meio litro d'água. Eu não tomo soro mais nem morta. Agora, morta pode me dar, eu vou tá morta e não vou sentir. Mas eu não tomo soro, não. [REL]*

T: *E depois daquele dia você vomitou mais, como é que foi? [SRE]*

C: *Olha, só. Eu acho que vômito tem a ver porque eu tenho pavor daquele cheiro, sabe? Eu entro num banheiro sujo eu faço ânsia de vômito e eu tenho que sair rápido. Porque eu não tava enjoada, quando eu explodi daquela forma é que eu comecei a passar mal, entendeu? Aí foi uma desgraça porque veio também o enjoo. Depois foi bem aquilo que eu te falei, como eu achava que era verme e era. Os três dias que eu tomei o remédio pra verme eu tava com aquela diarreia mais ou menos não sei quanto tempo, mas cozinhando, ela vinha depois melhorava, ela vinha depois melhorava. Constante era uma dorzinha na barriga que eu sempre ficava. Quando eu tomei o remédio pra verme, foi aquela cachoeira. [REL]*

A sequência CER-FAC apresentou uma porcentagem praticamente igual a da sequência FAC-CER (8,58% para FAC-CER e 8,62% para CER-FAC), mostrando que quando a cliente estabelecia relações, a terapeuta emitia facilitação. Outras categorias como aprovação, reprovação e interpretação, seriam categorias mais comuns de seguirem estabelecimento de relações. A sequência CER-INT por sua vez mostrou-se muito baixa, com 1,45% de ocorrência, como também a sequência CER-SRF com 0,51% de ocorrência.

Relato seguido por Aprovação também se mostrou muito próximo ao valor de Aprovação seguida por Relato (REL-APR – 4,31% e APR-REL – 4,75%). Esta baixa frequência provavelmente deveu-se a pouca ocorrência de relatos emitidos pela cliente que seria pertinente a terapeuta emitir aprovação, além de algumas oportunidades que seriam passíveis de haver aprovação, mas foram perdidas.

A sequência Relato seguido por Solicitação de reflexão mostrou-se muito baixa, ocorrendo apenas em 1,29% das vezes. Tal dado corresponde com a hipótese da terapeuta evitar intervenções de caráter mais diretivo que

pudessem colocar a cliente diante de situações excessivamente aversivas para ela e também de algumas oportunidades de solicitar reflexão terem sido perdidas pela terapeuta. O mesmo ocorreu com a sequência OPO-INT, que foi a menor das dez sequências apresentadas na Figura 6 e na Tabela 7, com 0,35%. Além das oposições ocorrerem muito pouco, Oposição seguida de Interpretação ocorreu menos ainda, pois se outras sequências como REL-SRF ou REL-INT poderiam produzir contingências aversivas para a cliente e que ameaçariam a continuidade da terapia, interpretar uma oposição seria ainda mais aversivo. Abaixo, seguem trechos que ilustram esta situação:

1) T: *Eu só não estendi a conversa com você. Agora, tem uma dinâmica que realmente... anh... acontece com uma certa frequência. Nós temos duas sessões semanais, e com uma frequência relativamente alta você tem faltado uma e vindo na outra. [INT]*

C: *Tá, não fala isso que eu vou sair daqui pior. Olha só... eu não tenho muito como fazer diferente porque eu dependo de mim e do meu corpo pra vir. [OPO]*

T: *Sim, sim, eu não vou te cobrar pra você vir... eu entendo que você não conseguiu.[EMP]*

C: *Eu tou fazendo o que eu posso. Eu, no dia da terça-feira eu tava muito mal... [REL]*

2) T: *Eu posso imaginar sim....que você ficou mal mesmo.Não acho que foi cena.*

C: *Não foi mesmo!Eu tava horrível...tava péssima! [REL]*

T: *É queQue eu acho que no meio desse passar mal, o passar mal acaba trazendo à tona uma questão que se faz difícil, né. Que é essa questão... [INT]*

C: *Na verdade a questão eu só descobri quando você me lembrou, eu não tava nem lembrando. [OPO]*

T: É, pois é. Eu acho que chega nesse momento que é o quê? Cê passou mal, nessas situações quando você passa mal, como qualquer outra pessoa, e talvez você mais ainda, porque você já teve uma história de adoecimento que te deixou ultra-vulnerável, mesmo, então, o quê que te remete ficar adoentada? Uma vulnerabilidade imensa. [INT]

C: É...(em tom de voz baixo)[CON]

Além destas variáveis levantadas até o momento para se compreender os motivos do abandono da cliente do processo terapêutico, vamos descrever as sessões de número 18, 19, 20 e 21 para levantar possíveis relações que envolvem seu sequenciamento com o abandono.

Na 18ª sessão a cliente traz uma carta que escrevera para seu avô sobre seu medo de enlouquecer e a lê para a terapeuta, fazendo comentários e remetendo ao momento da escrita daquela carta. Na 19ª sessão, ela traz outra carta, esta sem endereçamento a ninguém, uma espécie de autorregistro de quando a cliente tinha 28 anos. Seu conteúdo era sobre a evolução de seu mundo subjetivo e do transtorno. Na 20ª sessão, a cliente chega muito arrumada, perfumada, com bijuterias, aparentando estar melhor do que nas duas últimas sessões anteriores e muda totalmente o ‘tom’ da terapia. Além disso, como é época das festas de Natal, dá um presente para a terapeuta: um anjo de pano e um cartão. A terapeuta agradece o presente, o coloca na estante de seu consultório, lê o cartão e demonstra ter ficado contente.

Durante a sessão a cliente relata sobre amenidades, sobre as origens de seu marido, sobre fatos de sua infância, mas nenhum destes assuntos traz um conteúdo para ser explorado terapeuticamente, são apenas relatos detalhados e superficiais de fatos, caracterizados como uma fala verborrágica. Esta é a última sessão do ano e a antepenúltima sessão antes da cliente abandonar a terapia. No final da sessão a terapeuta comunica à cliente que sairá de férias por um período de três semanas e que caso ela necessite o psiquiatra está ciente de suas férias e a atenderá em uma situação de emergência. A 21ª sessão é a primeira sessão de retorno das férias, uma sessão domiciliar que a terapeuta lança como uma alternativa a diversas desmarcações da cliente devido a se ver impossibilitada por problemas de saúde. Nesta sessão a

terapeuta é mais diretiva, faz recomendações e tal procedimento adotado pode ter sido prejudicial quando somado às férias longas da terapeuta. A hipótese levantada é de que as férias da terapeuta podem ter sinalizado para cliente rejeição e abandono, que resiste em retornar para a terapia na 21ª sessão. Mas quando a terapeuta vai à sua casa, demonstra um cuidado especial por ela, validando sua condição de impossibilidade de sair de casa. Só que durante a sessão, boa parte do tempo, a terapeuta passa orientando a cliente sobre o autorregistro de seu cotidiano, ou seja, sendo diretiva em um momento que deveria ser empática. A 22ª sessão foi feita no consultório e a cliente foi sozinha, dirigindo, mas durante a sessão relata que seu marido viajou a trabalho e iria ficar fora por mais ou menos um mês. Esta situação desencadeou uma crise que só piorou as somatizações da cliente.

Depois da 22ª sessão havia uma próxima sessão marcada, mas a cliente não compareceu, telefonando e se justificando que estava muito mal de saúde e que não conseguia sair de casa por causa disso. A terapeuta então agendou uma nova sessão e a cliente ligou novamente no horário de sua sessão desmarcando e se justificando mais uma vez com problemas de saúde que a impediam de sair de casa. A terapeuta disse que compreendia a situação da cliente e propôs uma sessão para a semana seguinte, quando a cliente poderia ter se recuperado melhor. Mas mais uma vez a cliente telefona um pouco antes de seu horário agora dizendo que resolveu dar um tempo da terapia e que queria tentar solucionar suas questões sozinha: *“quero tentar melhorar por conta própria. Acho que a terapia não tá me ajudando a melhorar, eu acho que preciso parar de falar sobre meus problemas e agir. Acho que você foi boazinha demais comigo, talvez eu precisasse que você tivesse sido mais dura comigo. Agora eu quero parar de pensar e simplesmente fazer as coisas.”* A terapeuta, ao contrário do que a cliente afirmava, manteve-se “dura” em relação a atendê-la no consultório e não em sua residência, deixando claro que isto tinha sido em caráter excepcional. Contudo, esta medida adotada pela terapeuta poderia estar funcionando como uma invalidação do estado precário no qual a cliente se encontrava e ser mais uma variável relacionada ao abandono da terapia. Como coloca a literatura sobre transtorno de personalidade *borderline*, um dos principais elementos que participam da

formação do transtorno é a história de ambientes invalidantes (Linehan, 2010; Linehan & Kehrer, 1999; Souza & Vandenberghe, 2005). A Terapia Comportamental Dialética, portanto, ressalta a importância do terapeuta validar os sentimentos, comportamentos e pensamentos do cliente apresentando um ambiente inverso ao até então vivido por ele (Linehan, 2010). E dentro do contexto da sequência de fatos que ocorreram, esta postura da terapeuta de se manter inflexível quanto a voltar a fazer uma sessão domiciliar, no intuito de não reforçar uma relação de contingência do tipo 'estar doente produz mais cuidado e atenção do outro do que quando se está bem', funcionou como uma invalidação.

No entanto, depois de transcorrido um ano e meio a cliente telefona para a terapeuta dizendo querer retomar a terapia, mas efetivamente a retoma algum tempo depois. A primeira sessão é agendada no consultório da terapeuta e na manhã do atendimento, o marido da cliente telefona dizendo que ela não poderá ir à sessão, pois na madrugada anterior se machucou e está se sentindo muito mal para ir até ao consultório, pedindo que a terapeuta vá à sua casa. A terapeuta atende seu pedido no mesmo dia da consulta. No início da terapia, as sessões ocorriam sempre na casa da cliente e alguns meses depois a terapeuta combina com a cliente de agendarem duas sessões por semana, uma sessão domiciliar e outra no consultório. O fato de a terapeuta ter aceitado realizar atendimentos domiciliares no início parece ter sido fundamental para o engajamento da cliente na terapia. O processo terapêutico se mantém até o momento atual.

CONCLUSÃO

Os dados da interação entre uma cliente considerada difícil e sua terapeuta forneceram elementos sobre o que pode estar relacionado com o abandono para uma cliente com transtorno de personalidade *borderline* que teve uma história de outros abandonos de terapia.

Treze sessões que constituíam uma etapa intermediária do processo terapêutico formaram os dados deste estudo.

As categorias mais frequentes da terapeuta foram Facilitação, Solicitação de relato e Empatia. A terapeuta apresentou baixa ocorrência das categorias Interpretação, Solicitação de reflexão, Aprovação e Recomendação. Reprovação foi uma categoria que teve a menor frequência entre as demais categorias da terapeuta. Portanto, pode-se concluir que a terapeuta apresentou-se como uma audiência não punitiva, fazendo perguntas à cliente, mas sem julgar seus relatos. Foi empática, mas aprovou e recomendou pouco, assim como o fez com relação a interpretar, solicitar reflexão, recomendar e principalmente, reprovar que foi a categoria de menor frequência entre as demais categorias da terapeuta. Desta forma, a terapeuta realizou poucas intervenções terapêuticas consideradas mais diretivas. Os dados deste estudo foram bastante semelhantes aos obtidos por Oshiro (2011) para uma cliente com Transtorno de Personalidade *Borderline* na fase de linha de base, com exceção de Solicitação de Reflexão, que no estudo de Oshiro foi superior ao deste estudo. Os dados destes dois estudos mostraram-se distintos aos obtidos por Meyer (2009) em um banco de dados contendo o percentual médio de 626 sessões de 17 estudos brasileiros. Tal evidência pode sugerir um padrão de comportamentos de terapeuta característico para atendimento analítico-comportamental de clientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Mas é necessário que outros estudos futuros ocorram replicando estes resultados para que se possa atribuir robustez a eles e esta afirmação se baseie em dados mais confiáveis.

As categorias mais frequentes da cliente foram Relato e Estabelecimento de relações. Mas ao longo das sessões, observou-se um declínio na porcentagem da categoria Estabelecimento de relações ao mesmo tempo em que houve um aumento na categoria Relato. Ao observar as porcentagens das categorias da terapeuta ao longo das sessões para compreender se houve relação com comportamentos da cliente, observou-se uma diminuição das categorias Empatia, Solicitação de reflexão e Interpretação, a partir da 16ª sessão, obtendo aumento na 22ª sessão, ou seja, na última sessão. A terapeuta, ao ser menos empática, interpretar menos e solicitar menos reflexão, pode ter afetado o comportamento da cliente em sessão, que passa a relatar mais e a estabelecer menos relações entre eventos. As diminuições de categorias consideradas mais interventivas do terapeuta e da categoria do cliente considerada um sinal de progresso terapêutico, como é o caso de Estabelecimento de relações, podem estar relacionadas com o abandono da terapia.

As porcentagens das sequências em LAGC e LAGT mais altas foram Facilitação seguida por Relato [FAC-REL] e Relato seguido por Facilitação [REL-FAC]. As altas porcentagens de Relato seguido por Facilitação [REL-FAC] e Facilitação seguida por Relato [FAC-REL] podem estar relacionadas a diversos fatores: 1) relatos de clientes *borderline* são tipicamente longos e assumem muitas vezes um caráter de monólogo, como se o papel do ouvinte tivesse pouca importância; 2) relatos longos e detalhados podem assumir a função de esquiva de relatar sobre assuntos aversivos para a cliente; 3) as facilitações foram deliberadas em algumas ocasiões, mais especificamente nos relatos nos quais a cliente enfatizava seus problemas atuais de saúde que a terapeuta julgava relevante colocar em extinção; 4) as facilitações exerciam função de contra controle, funcionando como distanciamento emocional da terapeuta por ter sido punida em uma dada situação anterior pela cliente; 5) as interpretações e solicitações de reflexão poderiam ser prematuras e assumiriam caráter aversivo para a cliente fazendo-a abandonar mais um processo terapêutico.

A sequência Relato seguido por Empatia [REL-EMP] foi superior às sequências Relato seguido por Interpretação [REL-INT], Relato seguido por

Solicitação de reflexão [REL-SRF] e Estabelecimento de relações seguido por Solicitação de reflexão [CER-SRF] ou seguido por Interpretação [CER-INT]. Este pode ser outro dado que fundamenta a hipótese da terapeuta ter optado por não fazer intervenções mais diretivas de modo a diminuir as chances de a cliente abandonar a terapia.

Uma hipótese levantada no início da coleta de dados era de que a categoria Oposição teria uma frequência relativamente alta, na medida em que a cliente era considerada um caso difícil e que tinha uma história prévia de diversos abandonos de terapia. Contudo, os dados mostraram o contrário, a porcentagem da categoria Oposição apresentou-se muito pequena, provavelmente em virtude da maior frequência das categorias Facilitação e Empatia e das baixas frequências das categorias Solicitação de reflexão, Recomendação e Reprovação. Os comportamentos opositores geralmente apareciam nas ligações telefônicas que a cliente fazia entre as sessões. Estes comportamentos ocorriam após a terapeuta restringir o tempo que estaria disponível ao telefone ou por não atender a ligação ou não retornar no mesmo dia. Contudo, estes comportamentos de oposição não fizeram parte da análise dos dados, pois não foi possível haver um registro sistemático deles.

Sequências que se apresentaram com baixa porcentagem, tais como Estabelecimento de relações seguido por Solicitação de reflexão [CER-SRF] e Solicitação de reflexão seguida por Estabelecimento de relações [SRF-CER], Relato seguido por Interpretação [REL-INT], Relato seguido por Solicitação de reflexão [REL-SRF], Estabelecimento de relações seguido por Interpretação [CER-INT], demonstraram o caráter pouco interventivo da terapeuta e como ele afetou o comportamento da cliente em estabelecer relações entre eventos, principalmente. A este dado, é relevante reunir outro, a baixíssima porcentagem da categoria de Melhora da cliente [MEL]. Contudo, este dado não pode ser tomado como um preditor de abandono ao compararmos com o dado da cliente *borderline* do estudo de Oshiro (2011) que não apresentou nenhuma ocorrência da categoria Melhora e permanecia na terapia por quatro anos. Vale lembrar que os tratamentos de clientes *borderline* são mais longos e apresentam resultados mais lentos e modestos que os demais (Linehan, 2010). Se o terapeuta tem conhecimento e clareza sobre esta questão, torna-se mais

provável dele reforçar pequenas melhoras do cliente e suportar melhor as instabilidades e retrocessos do processo terapêutico de um cliente com este tipo de transtorno de personalidade.

Apesar da terapeuta do presente estudo ter apresentado elevadas taxas de Empatia, baixas taxas de intervenções mais diretivas, tais como Recomendação, Informação, Reprovação e a cliente ter apresentado baixa frequência de Oposição, houve o abandono da terapia na 22ª sessão. Podemos relacionar o abandono a múltiplos fatores: 1) a literatura sobre transtorno de personalidade *borderline* aponta para o elevado índice de abandono prematuro de processos terapêuticos, fazendo destes casos, casos difíceis de tratar (Beck, Freeman & Davis, 2005; Kehrer & Linehan, 1999; Krumer, 2005; Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011; Souza, 2003; Souza & Vandenberghe, 2005); 2) perda de oportunidades de aprovar relatos de ganhos ou avanços terapêuticos da cliente; 3) perda de oportunidades de interpretar e solicitar reflexão; 4) a opção da terapeuta em não dar atenção para relatos de queixas sobre doenças, com objetivo de colocá-los em extinção pode ter exercido função de invalidação da condição que a cliente vivia no momento; 5) a saída de férias por um longo período pode ter sinalizado abandono e rejeição da terapeuta para com a cliente; 6) a crise desencadeada pela viagem do marido da cliente produzindo um aumento na intensidade das somatizações e a não flexibilização da terapeuta em voltar a fazer um atendimento domiciliar, acabou exercendo função novamente de invalidação de sua condição atual. Provavelmente foi a combinação destes fatores que conduziu a cliente ao abandono da terapia.

Abandono foi definido da forma proposta por Gastaud e Nunes (2010), pois os objetivos do tratamento não haviam sido atingidos quando a cliente decidiu interromper o processo terapêutico. Em um estudo metanalítico, Gastaud e Nunes (2010) mostram como uma demasiada abrangência da prevalência de abandono encontrada nos estudos levantados (que variou de 15% a 75%) dificulta discussões mais conclusivas que possam levar a medidas preventivas a respeito do abandono. Após fazer um levantamento de diversas definições e com o intuito de superar os problemas que tais definições causaram até o momento, os autores propõem uma definição de abandono

baseada nos objetivos do tratamento, levando em consideração se estes foram ou não atingidos.

“(...) casos em que o paciente ou o terapeuta termina a terapia antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independente do motivo que levou à interrupção”(p.251).

Linehan (2010) Linehan e Kehrer (1999) ressaltam a importância do terapeuta que trata de indivíduos *borderline*, de trabalhar em equipe e participar de supervisões ou discussões clínicas sistemáticas de seus casos. Clientes *borderline* confrontam o terapeuta com suas limitações e deficiências não só como profissional, mas também como pessoa (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Kreisman & Straus, 1989; Linehan, 2010) e produzem nele (terapeuta), por diversas vezes, sentimentos negativos, que se discutidos em supervisão podem trazer grandes benefícios ao tratamento (Kameyama, 2011; Souza & Vandenberghe, 2007). A terapeuta deste estudo não fazia supervisão ou discussão clínica sistemática do caso em questão e trabalhava de maneira relativamente solitária, sem outros profissionais atuando em equipe, pois a cliente, no período da terapia, ainda não havia estabilizado com um psiquiatra que pudesse trabalhar conjuntamente com a terapeuta. Supervisões e discussões clínicas contribuem como contingências de auto-observação não apenas para terapeutas iniciantes. Em casos difíceis, como são os de Transtorno de Personalidade *Borderline*, supervisões e discussões clínicas podem favorecer o manejo de impasses clínicos.

Um ponto comum apresentado na literatura sobre Transtorno de Personalidade *Borderline* é a ênfase dada à relação terapêutica e, portanto é fundamental que o terapeuta ao atender casos dessa natureza esteja preparado para manejar a intimidade e a distância de forma equilibrada (Beck, Freeman & Davis, 2005). Para Figueiredo (2000) o analista que atende um *borderline* se vê ele mesmo colocado sob vários aspectos em uma condição fronteiriça. Para o autor, o que caracteriza essencialmente a posição do analista é a sustentação de uma “presença que seja ao mesmo tempo implicada e reservada.”

Os dados obtidos neste estudo fornecem alguns elementos sobre variáveis relacionadas ao abandono da terapia de um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Como um estudo de caso, o presente estudo não fornece dados suficientes que lhe confirmem validade externa. Contudo, pesquisas futuras sobre o manejo clínico e o abandono de casos de Transtorno de Personalidade *Borderline* envolvendo mais participantes, assim como comparações de processos de terapia com terapeutas que pertençam a uma equipe de tratamento com aqueles que trabalhem de forma solitária em consultório privado, podem trazer dados mais confiáveis que forneçam evidências importantes sobre as especificidades do tratamento desta população de clientes de modo a aumentar os resultados positivos e diminuir as taxas de abandono.

REFERÊNCIAS⁶

- American Psychiatric Association.(2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV - 4th ed. text revision)* Washington: APA.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-28.
- Andery, M. A., Micheletto, N. & Serio, M. T. A. P. (2002). O modelo de seleção por consequências a partir dos textos de B.F.Skinner. In: Teixeira, A.M.S et al. (Orgs). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar*. (pp.164-175, Vol.2). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-288.
- Baptistussi, M. C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Belloch Fuster, A. & Fernández Alvarez, H. (2002). *Trastornos de La personalidad*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E. & Linnerooth, P. J. N. (2008).The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 139-147.

⁶ As normas estão de acordo com o estilo APA - *American Psychological Association*.

- Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21, 434-441.
- Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia funcional-analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade. In: Rangé. B.(Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.19-33). Porto Alegre: Artmed.
- Daley, S. E., Burge, D., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451-460.
- 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. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 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, São Paulo.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de Contingências de Orientações e Auto-orientações em Intervenções Clínicas Comportamentais*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Perrott Boren, M. C. (1978). *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC (trabalho original publicado em 1968).
- Figueiredo, L. C. (2000) Subjetivação e esquizoidia na contemporaneidade: questões metapsicológicas. *Cadernos de Psicanálise*, v.16,n.19,11-32.Rio de Janeiro:SPCRJ.

- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley & Sons.
- Gastaud, M. B e Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição.
- 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.
- Gunderson, J.G. & Ridolfi, M.A. (2001). Borderline Personality Disorder: Suicidality and Self Mutilation. In: Herbert, H. & Mann J.J. (Eds.) *The Clinical Science of Suicide Prevention*, Annual of the New York Academy of Science New York: New York Academy of Science. (Vol. 932, pp. 61-77).
- Harrington, J. A., Fink, B. C., & Dougher, M. J. (2001). Into the lion's den: Incorporating personality and evolutionary psychology to expand clinical behavior analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(2), 175-189.
- Harzem, P. (1984). Experimental analysis of individual differences and personality. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 42, 3, 385-395.
- Higgitt, A. & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted cliente anger: factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13(4), pp. 475-491.
- Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., et al. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38, 135-146.

- Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (3), 373-380.
- 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.
- Kaplan, H. I. & Saddock, B. J. (1998). Synopsis of Psychiatry (8th Ed.) Baltimore: Williams and Wilkins.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J & Parker, C. R. (1996). Diagnosis of personality disorder: a radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64,1-8.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec Editores Associados(trabalho original publicado em 1991).
- Krumer, V. (2005). *Tratamiento para Pacientes con Trastorno Bordeline de La Personalidad: El Modelo Dialéctico Comportamental*. Universidad de Belgrano, Facultad de Humanidades.
- Lichtenberg, J. W. & Heck, E. J. (1986). Analysis of Sequence and Pattern in Process Research. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 170-181.
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 1993).
- Linehan, M. M & Kehrer, C. A. (1999). Transtorno da Personalidade Borderline. In: Barlow, D. H. (Org). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp.443-491). Porto Alegre: Artmed.
- Margotto, A. (1998). *Identificando Mudanças na Interação Verbal em Situação Clínica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia,Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Matos, M. A. (1997). Com o que o behaviorismo radical trabalha? In: Banaco, R. A. (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. (pp.45-53,v.1). São Paulo: ARBytes Editora.
- 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. In: Rangé. B. (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B. (2009). *Análise de 'solicitação de informação' e 'recomendação' em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Micheletto N. e Sérgio T. M. P. (1993). *Homem: Objeto ou sujeito para Skinner?* Temas em Psicologia, 2, 11-40.
- Millon, T. (1979). Uma abordagem através da aprendizagem biossocial. In: Millon, T. (Org). *Teorias da psicopatologia e personalidade*. (pp.332-336). Rio de Janeiro: Intramericana.
- Oshiro, C. (2011). *Efeitos diferenciais de intervenções analítico-comportamentais baseadas no governo por regras e na Psicoterapia Analítica Funcional*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Parker, C. R., Bolling, M. Y. & Kohlenberg, R. J. (1998). Operant Theory of Personality. D. F. Barone, M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Orgs), *Advanced Personality*. (pp. 155-171). New York: Plenum Press.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., et alli. (1999). Prediction of Dropping Out in Time-Limited, Interpretive Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 36, 114-122.

- Reich, J. & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Mental and Nervous Diseases*, 179, 74-82.
- 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
- Sadi, H., Oshiro, C. & Leão, L. (2010). O transtorno de personalidade histriônica e a terapia analítico-comportamental. In: Garcia, M. R, Abreu, P. R., Cillo, E. N. P, Faleiros, P. B. & Piazzon, P. (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: Terapia Comportamental e Cognitiva*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Selby, E. A., Scott, B. R., Joiner, T. E. & Fincham, F. D. (2008). Features of Borderline Personality Disorder, Perceived Childhood Emotional Invalidation, and Dysfunction Within Current Romantic Relationships. *Journal of Family Psychology*, 22 (6), 885-893.
- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy – the consumer report study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Sidman, M. (1976). *Táticas da pesquisa científica*. Brasília: Brasiliense (trabalho original publicado em 1960).
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York, NY: Random House, Inc.
- Skinner, B. F. (1981). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov e R, Azzi, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus: Merrill Publishing Co.
- Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade *borderline* sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5, 121-137.

- Souza, A. C. A & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade *borderline*: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 2005, 9(2), 381-390.
- Tourinho, E. Z., Garcia, M. G. & Souza, L. M. (2003). *Avaliação ampliada de categorias para análise de verbalizações de terapeutas*. Projeto de pesquisa, Universidade Federal do Pará. Belém-PA.
- Tustin, D. (2000). Revealed preference between reinforcers used to examine hypotheses about behavioral consistencies. *Behavior Modification*, 24(3), 411-424.
- Ulian, A. L. A. O & Silveiras, E. F. M. (2003). O papel do estudo de caso no hiato teoria/prática. In: Brandão, M. Z. S. et al. (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição – A história e os avanços, a seleção por consequências em ação*. (pp.216-225, vol.11). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Yano, Y., Almeida, A. C. & Meyer, S. B. (2009). Um estudo sobre indicadores de abandono psicoterápico. Anais do XVIII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (Vol. I). Campinas: ABPMC.
- Zamignani, D. R. e 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.
- 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., Pacheco, Silva Neto, A. C. e Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, São Paulo, pp. 09-16.

ANEXO 2

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 a pesquisa que estamos conduzindo é sobre o processo de mudança de clientes em terapia analítico-comportamental.

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, Hérika de Mesquita Sadi e pela Professora Dra. Sonia B. Meyer.

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.

Pretendemos estudar o que ocorre na interação entre terapeuta e cliente dentro da sessão de terapia. Mais especificamente, tentar identificar quais os elementos presentes na sessão de terapia que estão relacionados com o processo de mudança.

Quanto à metodologia a ser utilizada, as sessões serão gravadas pelo próprio terapeuta e posteriormente, serão transcritas pelo pesquisador e seus auxiliares de pesquisa. Nas transcrições, serão omitidos dados de identificação (por exemplo, nome, local de trabalho, etc.). O procedimento de análise de dados consistirá da análise do conteúdo das verbalizações de terapeuta e cliente. A interrupção da gravação poderá ser avaliada e solicitada a qualquer momento. Após o término da pesquisa, as gravações das sessões serão destruídas.

Quanto aos benefícios desta pesquisa, espera-se que ela gere informações sobre formas de intervenção que possibilitem uma atuação profissional mais eficaz na promoção da saúde psicológica. Do mesmo modo, ela poderá gerar conhecimentos que contribuirão para o desenvolvimento de pesquisas futuras sobre a temática do processo de mudança na terapia. E ela pode gerar um benefício direto para você, na medida em que contribuirá para produzir melhores resultados da sua própria terapia.

Será garantido o sigilo absoluto sobre sua identidade, pois apenas o pesquisador e seus auxiliares de pesquisa terão acesso às gravações. Os resultados finais da pesquisa serão tornados públicos, podendo ser divulgados em apresentações em congressos e/ou em trabalhos escritos e publicados, porém sempre com o cuidado de preservar o sigilo acerca da identidade dos participantes (tanto cliente quanto terapeuta).

Você poderá solicitar a suspensão das gravações a qualquer momento do processo terapêutico e retirar seu consentimento, caso considere necessário.

Estaremos sempre disponíveis para quaisquer dúvidas e esclarecimentos. Você poderá entrar em contato pelo email: herikamsadi@yahoo.com.br ou herika@usp.br

Cordialmente,

Hérika de Mesquita Sadi

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.

Belo Horizonte,.....de.....de 20.....

Assinatura do cliente:.....

ANEXO 3

Termo de Responsabilidade para o juiz e auxiliares de pesquisa

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador do RG. _____, que realizarei a atividade de
_____ da pesquisa de doutorado da aluna Hérika de Mesquita Sadi, sob a
orientação da Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo,
comprometo-me a respeitar as seguintes condições:

1. Apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo dos registros;
2. Guardá-los e manejá-los apenas em local seguro, protegido da observação de terceiros;
3. Manter sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação mantida nos registros a mim confiados (ex: identidade do terapeuta ou do cliente, dados pessoais de ambos, entre outros).
4. Devolver o material a mim confiado sem efetuar nenhum tipo de cópia ou duplicação e sem qualquer tipo de violação do material original.

Data:

Assinatura:

ANEXO 4

Tabelas

Tabela 8. Porcentagem dos temas em relação às categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das treze sessões

	FAC	EMP	SRE	INF	SRF	REC	INT	APR	REP	TOU
RTR	23,9	11,7	11,2	11,7	2,1	1,1	12,8	18,1	2,1	5,3
RCP	48,7	9,3	21,0	3,5	2,6	0,3	5,5	7,3	0,0	1,7
RPA	47,8	14,6	16,3	3,4	9,6	1,1	3,4	2,8	0,0	1,1
RFA	42,0	19,6	19,6	0,0	1,8	1,8	8,9	5,4	0,9	0,0
RLG	37,9	31,8	6,1	7,6	3,0	0,0	7,6	3,0	0,0	3,0
RIT	56,7	12,1	15,3	0,0	0,6	0,0	8,9	4,5	0,6	1,3
STM	29,4	5,9	17,6	5,9	5,9	0,0	5,9	29,4	0,0	0,0
EXT	42,9	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	0,0	0,0
TRA	20,0	0,0	40,0	0,0	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
TEC	7,7	6,2	18,5	16,9	1,5	21,5	1,5	15,4	0,0	10,8
QXS	42,3	15,8	16,4	4,6	2,2	0,6	8,5	7,5	1,3	0,8
SLC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OTM	39,5	14,8	14,4	6,5	2,2	0,8	3,4	4,7	0,4	13,2

Tabela 9. Porcentagem dos temas em relação às categorias do cliente do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica no total das treze sessões

	SOL	REL	MEL	MET	CER	COM	OPO	COU	CSL
RTR	9,0	53,7	0,0	0,0	14,4	7,4	13,3	2,1	0,0
RCP	1,7	71,5	0,8	0,0	20,2	1,7	1,4	2,5	0,3
RPA	2,2	74,6	0,6	0,0	17,1	1,7	2,8	0,6	0,6
RFA	1,8	82,1	0,0	0,0	8,9	5,4	1,8	0,0	0,0
RLG	1,5	51,5	0,0	0,0	40,9	1,5	3,0	1,5	0,0
RIT	1,7	71,2	1,7	0,0	22,0	2,3	0,0	1,1	0,0
STM	10,5	47,4	0,0	0,0	31,6	5,3	0,0	5,3	0,0
EXT	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TRA	0,0	20,0	0,0	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TEC	18,3	58,3	0,0	0,0	3,3	15,0	1,7	3,3	0,0
QXS	2,6	72,4	0,4	0,0	18,5	3,6	2,2	0,2	0,1
SLC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OTM	2,7	64,8	0,2	0,0	14,4	2,9	2,3	12,6	0,0

Tabela 10. Porcentagem de ocorrência dos temas abordados ao longo das treze sessões

Tema	9a	10a	11a	12a	13a	15a	16a	17a	18a	19a	20a	21a	22a
RTR	0	3,5	2,6	0	23,2	0	32,7	1,6	9,1	6,6	2,8	1,9	1,1
RCP	67	25,7	2,6	4,4	6,6	24,8	6,8	6,8	0	0,4	21,5	29,0	1,7
RFI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RPA	0	0	1,7	0	1,8	5,8	9,5	5,8	4,6	19,5	24,3	0,6	11,0
RFA	9,6	5,6	0	1,5	0	0	0,5	2,1	29,1	8,2	15,8	0	0
TRB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RLG	0	0	0	0	0	24,8	0	0	1,1	0	0	0	0
RIT	0	22,9	5,3	0	14,5	1,9	4,5	14,1	11,4	6,6	0	3,2	2,2
STM	2,1	0	0	0	0	0	0,5	0	8	0,8	0	0	0
EXT	0	0	0	0	0	0	0	3,1	0	0	0	0	0
TRA	0	0	0	0	0	0	0	0,5	2,3	0	0	0	0
FTS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEC	0	2,1	0	0	0	0	0	0,5	7,4	5,1	0	10	0
QXS	21,3	22,9	50,3	39,3	27,6	21,3	39,1	62,3	23,4	48,2	6,8	51,3	53,6
SLC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0
OTM	0	17,4	37,4	54,8	26,3	21,3	6,4	3,1	3,4	4,7	28,3	3,9	30,4

Tabela 11. Porcentagem de palavras dos temas abordados ao longo das treze sessões

Tema	9a	10a	11a	12a	13a	15a	16a	17a	18a	19a	20a	21a	22a
RTR	0	0,4	1,3	0	21,2	0	19,1	1,6	9,1	6,6	2,8	1,9	1,1
RCP	57,4	12,1	5,8	4,7	10,5	42,8	7	6,8	0,0	0,4	21,5	28,9	1,6
RPA	0	0	1,6	0	1,9	9,2	18	5,8	4,6	19,5	24,3	0,6	10,9
RFA	14,9	12,7	0	3,8	0	0	0,2	2,1	29,1	8,2	15,8	0	0
RLG	0	0	0	0	0	15,5	0	0	1,1	0,0	0	0	0
RIT	0	42,6	5,2	0	16,4	1,9	2,7	14,1	11,4	6,6	0	3,2	2,2
STM	1,5	0	0	0	0	0	0,5	0	8,0	0,8	0	0	0
EXT	0	0	0	0	0	0	0	3,1	0	0	0	0	0
TRA	0	0	0	0	0	0	0	0,5	2,3	0,0	0	0	0
TEC	0	0,1	0	0	0	0	0	0,5	7,4	5,1	0	10,3	0
QXS	26,2	25,5	42,7	43,4	26,5	16,7	43,8	62,3	23,4	48,2	6,8	51,1	53,0
SLC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0
OTM	0	6,7	43,4	48,1	23,5	13,9	8,6	3,1	3,4	4,7	28,2	3,9	31,1