**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

ALAN SOUZA ARANHA

A Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias

São Paulo

2017

ALAN SOUZA ARANHA

A Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia K. B. Oshiro

São Paulo

2017

Catálogo na publicação Biblioteca
Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza Aranha, Alan

A Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao
Transtorno por Uso de Substâncias / Alan Souza
Aranha; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro. --
São Paulo, 2017.

113 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, 2017.

1. Psicoterapia Analítica Funcional. 2. drogas de
abuso. 3. delineamento experimental. 4. Terapia
Comportamental. 5. categorização. I. Kami Bastos
Oshiro, Claudia, orient. II. Título.

Nome: Aranha, Alan Souza

Título: A Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha família,
meu orgulho e gratidão.
“Fiquem com a Paz”.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram direta ou indiretamente para que essa dissertação de mestrado fosse concluída. A lista não compreende nenhuma ordem cronológica ou de importância!

À minha orientadora **Claudia Oshiro**, que “com muita emoção” me proporcionou um profundo aprendizado durante todo período do mestrado, me ensinando a respeito de pesquisa em Psicologia Clínica, Terapia Comportamental, pensamento científico, trabalho em equipe, escrita, apresentações, conceituação de casos... entre tantas outras. Pelo apoio nos momentos ruins, nos piores horários possíveis, troca de mensagens e conversas acolhedoras. Por ser um modelo profissional de empenho e dedicação. E pela demonstração que conhecimento técnico e afeto são indissociáveis!

A todos que passaram pelo grupo de pesquisa da USP: **Daniel, Gabriela Lima, Joana Vartanian, Elisângela Ferreira, Gabriela dos Santos, Fernanda Resende, Natalia Fonseca, Aline Redressa, Amanda Rana, Gui Paes, Laura...** anos de discussão, congressos, risadas... padarias! Muitas padarias e pizzas de São Paulo! A pós-graduação ficou muito mais divertida!! Vocês são ótimos!

À **Sonia Meyer**, pelo convite em assistir as primeiras aulas sobre mecanismos de mudança clínica, por todas as discussões durante a pós-graduação e as orientações no exame de qualificação.

Ao **André Bravin**, pelas orientações na qualificação e por perder uma manhã de sábado para discutir projeto de pesquisa com um desconhecido. Cara, você não sabe como foi importante! Muito agradecido!

Aos **participantes da pesquisa** e aos **clientes dependentes químicos**, por aceitarem participar da coleta de dados e me ensinarem com as próprias vidas sobre esse quadro clínico tão penoso. Espero que estejam bem e possamos juntos ajudar outros dependentes!

Aos **transcritores e aferidores**, essa dissertação não seria possível sem o importante trabalho de vocês.

À **Luciana Pellizzaro**, amiga que sempre me apoiou pessoal e profissionalmente.

Ao **Hélio Guilhardi**, obrigado por tudo, mestre!

Ao **Abelardo Bosco**, que me ensinou Análise do Comportamento pela primeira vez e continuou me ajudando desde então. E como. Lembro-me até hoje o que me ocorreu quando, no segundo semestre da graduação, ouvi que poderíamos estudar cientificamente o comportamento: “já sei o que farei agora!”. Mudou minha vida para sempre.

Aos amigos **Guilherme “Scandal”, Fabrício “Sabão”, “Tib” Camargo, Pedro Veber e Felipe Marcondes** pela paciência nos últimos 15 anos de amizade! Na verdade acho que são uns 18!!

Ao **Denis Marcelo**, pela oportunidade de trabalhar na área de dependência de substâncias. Um dos profissionais realmente comprometidos com a saúde dos dependentes e das suas famílias!

Aos amigos **Junior, Renata, Pedrinho, Joana, Diogo, Valéria, Nandão, Camila** e todos mais pela paciência e por minha ausência em todas as saídas!

À **Maíra**, parcerinha que sempre se dispôs a me ouvir...

À **Regina Célia**, que não mediu esforços todos esses anos para dividir comigo suas décadas de experiência com dependência química.

Ao **Álvaro Cabral Araújo**, por suas preciosas aulas de Psiquiatria pelo *whatsapp*.

Ao **Rafael “Gringo”**, por todos os cafés, bolinhos do Pache, blusas da Márcia e músicas *idênticas*. Você é meu irmão. Conte comigo sempre!

Aos colegas de consultório, **Regina Leme, Paulo Costivelli, Cris Arjona e Mariana Leme** pela torcida e apoio!

Ao meu **cachorrinho**, a “pessoa” que ficou mais perto de mim enquanto eu quebrava a cabeça e escrevia!

À **Lylian Penteado**, por todas as contingências de reforçamento que apresentou para que eu chegasse até aqui. Sou grato por tudo.

“É este o problema com a bebida, pensei, enquanto me servia dum copo. Se acontece algo de mau, bebe-se para esquecer; se acontece algo de bom, bebe-se para celebrar, e se nada acontece, bebe-se para que aconteça qualquer coisa.”

Charles Bukowski

RESUMO

Aranha, A. S. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma terapia comportamental que tem a finalidade de alterar os comportamentos-problema interpessoais que levaram o cliente ao tratamento, intervindo imediatamente sobre estes comportamentos quando eles ocorrem na sessão terapêutica. A FAP foi aplicada com sucesso a diversos quadros clínicos, porém pouca evidência foi produzida no que diz respeito ao Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Nas poucas pesquisas encontradas, a FAP foi manejada em conjunto com outras psicoterapias comportamentais, o que não permitiu a avaliação isolada do seu impacto nessa população. O objetivo do presente estudo foi investigar os efeitos da FAP sobre comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) e mudanças extrassessão (medidas com registros de sintomatologia psiquiátrica e abuso de substâncias) de indivíduos institucionalizados que tinham preenchido os critérios para TUS. Participaram deste estudo o pesquisador-terapeuta e dois clientes. Foi utilizado um delineamento experimental de caso único no formato A/A+B, onde A era a etapa de Análise de Contingências Externas e B o uso sistemático da FAP. Inicialmente o terapeuta realizou a conceituação dos casos e atendeu os clientes com estratégias da Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e posteriormente foi introduzida a FAP. Três meses após o encerramento dos atendimentos foi conduzida uma sessão de acompanhamento para averiguar a manutenção das mudanças. Todas as sessões foram gravadas e cinco sessões de cada fase experimental, para cada diáde, foram categorizadas com o instrumento Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) para medir as mudanças dentro da sessão. As mudanças nos sintomas foram avaliadas semanalmente com o Outcome Questionnaire (OQ-45.2) e a frequência de uso de drogas três meses antes e três meses depois com o Timeline Followback (TLFB). Os dados foram comparados intrasujeitos. Os resultados apontaram que a diminuição na frequência de comportamentos-problema (CCRs1) e aumento de comportamentos de melhora (CCRs2) em sessão acompanharam a introdução da FAP para os dois participantes, especificamente a manipulação da Regra 2 (evocação) e Regra 3-2 (reforçamento positivo contingente do terapeuta a CCRs2). Na sessão de *follow up* apenas o cliente que se manteve mais tempo em atendimento apresentou conservação na frequência de CCRs2. Em relação as mudanças extrassessão, o instrumento OQ-45.2 não foi sensível a mudança de fase experimental para nenhum dos participantes. O instrumento TLFB quantitativamente apontou melhora do consumo de substâncias para ambos os clientes, porém levando em consideração a frequência de CCRs e o conteúdo da verbalização dos pacientes na sessão de acompanhamento, apenas o participante que recebeu mais tempo de tratamento apresentou melhora, enquanto o segundo participante indicou retorno progressivo ao quadro de dependência. Os resultados apóiam a hipótese de que a FAP proporciona alterações terapêuticas para indivíduos que preenchem os critérios diagnósticos para TUS e que seu mecanismo de mudança clínico é o responder contingente do terapeuta, porém ao menos neste estudo, apenas o cliente exposto por um período maior a terapia apresentou manutenção dos ganhos na sessão de *follow up* e mudança na frequência de abuso de substâncias.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional, drogas de abuso, delineamento experimental, Terapia Comportamental, categorização

ABSTRACT

Aranha, A. S. (2017). Single-case experimental design: Functional Analytic Psychotherapy applied to Substance Use Disorders. Master's Dissertation. Clinical Psychology Department, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a behavior therapy aimed at changing interpersonal problem behaviors which led the client to treatment, immediately intervening on these behaviors when occurred during the therapeutic session. FAP has been successfully applied to clinical diagnosis, though little evidence has been shown when it comes to Substance Use Disorder (SUD). In the few researched found, FAP has been applied along with other behavioral psychotherapies, making it difficult to evaluate its isolated impact upon this population. This study focused on investigating the effects of FAP on clinically relevant behaviors (CRB) and out of session changes (assessed with collected data on psychiatric symptoms and substance abuse) of institutionalized individuals who fit the SUD diagnosis criteria. The therapist-researcher and two clients took part in this study. A single-case experimental design in an A/A+B format has been used, in which A was the stage of External Contingencies Analysis, and B the systematic use of FAP. Firstly, the therapist performed the conception of the cases and assisted the clients with Behavior-Analytic Psychotherapy (BAP) strategies, introducing FAP afterwards. Three months after the therapeutic sessions were over, a follow-up session was carried out in order to verify the maintenance of the changes. All sessions were recorded and five sessions from each experimental phase, for each dyad, were categorized according to the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) to measure the changes within the session. The changes in the symptoms were assessed on a weekly basis with the Outcome Questionnaire (OQ-45.2), while the drug use frequency was assessed three months before and after using the Timeline Followback (TLFB). The data was compared inter-subject. The results indicated that the decrease in the frequency of problem-behaviors (CRBs1) and the increase in the improvement behaviors (CRBs2) during the sessions followed the introduction of FAP for both participants, specifically the manipulation of Rule 2 (evocation) and Rule 3-2 (contingent positive reinforcement from therapist to CRB2). During the follow-up session, the client who had been assisted longer was the only to maintain the CRBs2 frequency. As for the out of session changes, instrument OQ-45.2 was not sensitive to change in experimental phase to none of the participants. Instrument TLFB has shown quantitatively improvement in substance abuse for both clients. However, taking into account the CRBs frequency and the client's verbalization content during the follow-up session, the client assisted longer was the only to show improvement, while the second patient indicated a progressive revert to the dependency condition. The results support the hypothesis that FAP provides therapeutic changes to individuals who fit the SUD diagnostic criteria and that its mechanism of clinical changes is the therapist contingent response. Yet, at least within this study, only the client exposed to therapy for a longer period proved to maintain the progress achieved in the follow up session and change the frequency in the substance abuse.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy, drug abuse, behavior therapy, experimental design, coding

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Delineamento de linha de base múltipla entre participantes (P1, P2 e P3) proposto inicialmente para a presente pesquisa. A linha que divide o quadro o início da Etapa 2, momento de introdução da VI para cada participante. O <i>follow up</i> ocorreria na sessão 32.....	36
Figura 2. Delineamento quase-experimental realizado para a presente pesquisa. A linha que divide o quadro indica o início da Etapa 2, momento de introdução da VI para cada participante (P1 e P2). O <i>follow up</i> ocorreu na sessão 32.....	37
Figura 3: Porcentagem de CCRs1 (comportamentos-problema), CCRs2 (progressos terapêuticos) e CCRs3 (análises funcionais do próprio comportamento) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	66
Figura 4. Porcentagem de CCRs1 e CCRs2 e de respostas de consequenciação efetivas do terapeuta explicitadas nas Regras 3-1 (consequência ao CCR1) e Regras 3-2 (consequência ao CCR2) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	73
Figura 5. Porcentagem das cinco regras da FAP ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	78
Figura 6. Porcentagem de CCRs1 e CCRs2 e de respostas de evocação do terapeuta explicitadas na Regra 2 ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	82
Figura 7. Porcentagem de progressão da sessão terapêutica (explicitados em TPR e CPR) e focar na relação terapêutica (TTR e CTR) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	85
Figura 8. Porcentagem de CCRs1 (comportamentos-problema) e CCRs2 (progressos terapêuticos) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais.....	88
Figura 9. Quantidade de substância psicoativa utilizada três meses antes e três meses depois do delineamento quase-experimental registrada com o instrumento Timeline Followback. Para o primeiro participante se registrou álcool e para o segundo, cocaína.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Códigos do FAPRS para comportamentos do cliente em sessões da Psicoterapia Analítica Funcional.....	32
Tabela 2. Códigos do FAPRS para comportamentos do terapeuta em sessões da Psicoterapia Analítica Funcional.....	33
Tabela 3. Número de sessões e quantidade de falas analisadas em cada uma das fases do delineamento experimental.....	65
Tabela 4. Escores obtidos do participante Rafael para cada uma das dimensões medidas pelo Outcome Questionnaire 45.2 e escore total em oito sessões de psicoterapia no delineamento quase-experimental e em uma sessão de acompanhamento.....	91
Tabela 5. Escores obtidos do participante Rafael para cada uma das dimensões medidas pelo Outcome Questionnaire 45.2 e escore total em dez sessões de psicoterapia no delineamento quase-experimental e em uma sessão de acompanhamento.....	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
A Psicoterapia Analítica Funcional.....	14
Buscando evidências para a Psicoterapia Analítica Funcional.....	15
Pesquisas em Psicoterapia Analítica Funcional.....	18
Transtorno por Uso de Substâncias.....	22
Psicoterapia Analítica Funcional e Transtorno por Uso de Substâncias.....	26
JUSTIFICATIVA.....	28
OBJETIVOS.....	29
MÉTODO.....	30
Participantes.....	30
Ambiente e equipamentos.....	31
Instrumentos.....	31
Procedimento.....	34
Análise de dados.....	39
Aferição de concordância.....	40
ASPECTOS ÉTICOS.....	43
Conceituação dos casos atendidos.....	44
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS.....	103
ANEXOS.....	109
Termo de Responsabilidade.....	109
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente.....	110
Termo de Responsabilidade.....	112

Psicoterapia Analítica Funcional

A Psicoterapia Analítica Funcional (do inglês, *Functional Analytic Psychotherapy* - FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991) é uma terapia baseada nos aspectos filosóficos e conceituais da Análise do Comportamento (Skinner, 1981/1953), inicialmente desenvolvida para clientes que não respondiam positivamente a terapia comportamental convencional e apresentavam problemas profundos no repertório interpessoal e questões tocantes a intimidade. Consoante com o arcabouço teórico analítico-comportamental, a FAP compreende que comportamentos e sentimentos que produzem dificuldades para as pessoas são resultado da exposição a contingências de reforçamento na sua história de aprendizagem, passíveis de alteração. Para isso é necessário a apresentação de novas contingências que influenciem os comportamentos indesejados e possam modificá-los.

Os proponentes da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991) discutem que o consultório, diferente do ambiente escolar ou institucional, restringe o acesso do psicólogo as variáveis controladoras do comportamento do cliente, quando estes comportamentos são emitidos com as pessoas do seu convívio. As contingências disponíveis para o psicoterapeuta analisar e intervir ocorrem poucas horas por semana, na sessão terapêutica. Consequentemente, umas das formas do terapeuta auxiliar seus pacientes é usando as funções de estímulo do seu próprio comportamento em sessão. A FAP assume a premissa que, devido a relação com o terapeuta ser de origem social, é possível que os comportamentos-problema interpessoais que o cliente apresenta em sua vida se generalizem e ocorram na sessão. Desta maneira, o profissional teria a possibilidade de avaliar funcionalmente o repertório do cliente, responder de forma contingente e modelar habilidades interpessoais mais efetivas. No final do processo, espera-se que os ganhos terapêuticos se generalizem novamente para as relações no ambiente natural do cliente.

Sobre os comportamentos do cliente em sessão, Kohlenberg e Tsai (1991) descreveram três possibilidades e os denominaram comportamentos clinicamente relevantes (CCR). O comportamento clinicamente relevante do tipo 1 (CCR1) é funcionalmente semelhante aos comportamentos-problema que prejudicam o indivíduo e o fizeram procurar atendimento. O comportamento clinicamente relevante do tipo 2 (CCR2) seriam comportamentos de melhora, em outras palavras, os repertórios mais eficientes nas relações interpessoais. O comportamento clinicamente relevante do tipo 3 (CCR3) seria uma descrição verbal do próprio comportamento do cliente e as variáveis das quais ele é função. O objetivo da terapia seria diminuir a frequência de CCRs1 e aumentar a de CCR2s. Os CCRs3 teriam a função de auxiliar o cliente a generalizar os ganhos para fora da sessão. Os autores sugerem cinco regras para conduzir o comportamento do terapeuta, sendo elas:

Regra 1 (observar CCRs): a primeira regra da FAP é um pré-requisito para que a terapia aconteça. Os autores sugerem que o terapeuta deve ficar atento aos CCRs que podem estar ocorrendo em sessão, aumentando a probabilidade de responder naturalmente a eles;

Regra 2 (evocar CCRs): além de observar e esperar sua ocorrência, o terapeuta pode intencionalmente apresentar estímulos antecedentes para o comportamento do cliente e desta forma evocar CCRs, como por exemplo emitir mandos diretos (Skinner, 1957);

Regra 3 (responder diferencialmente aos CCRs): sabe-se que quanto mais distante temporalmente a consequência estiver, menor será sua influência sobre o comportamento. A FAP leva em consideração os dados de pesquisa básica sobre os maiores efeitos fortalecedores quando o reforçador é apresentado imediatamente após a emissão da resposta (Ferster, 1967). Conhecida como o mecanismo de mudança clínico da terapia, a regra 3 descreve que o terapeuta deve apresentar consequências contingentes aos CCRs do cliente, diminuindo a frequência dos CCR1 (extinção, punição branda, bloqueio de esquiva) e, principalmente, aumentando a frequência de CCR2 e CCR3 (reforçamento positivo natural) (Tsai *et al.*, 2009);

Regra 4 (observar o efeito dos comportamentos do terapeuta sobre os CCRs do cliente): a única forma de saber se as intervenções feitas pelo profissional produziram algum ganho é observando ou perguntando seus efeitos sobre o cliente;

Regra 5 (interpretar o comportamento do cliente): o terapeuta deve fornecer análises funcionais a respeito do comportamento do cliente dentro e fora da sessão terapêutica e promover estratégias de generalização.

Buscando evidências empíricas para a Psicoterapia Analítica Funcional

Os princípios comportamentais dos quais a FAP se baseia possuem validação empírica em décadas de pesquisas experimentais com humanos e não-humanos (Catania, 1999), porém apenas recentemente os pesquisadores iniciaram estudos voltados diretamente à terapia. Inicialmente foram apresentados artigos conceituais que traziam uma transposição das evidências encontradas no laboratório para os fenômenos observados no consultório (Mangabeira, Kanter & Del Prette, 2012), descrevendo o suporte teórico, as características do cliente, as intervenções do terapeuta e as melhoras observadas. Por exemplo, na discussão proposta por Vandenberghe (2007) a respeito do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, o autor apontou o padrão comportamental de indivíduos que são acometidos pela patologia, possíveis CCRs que se generalizariam na relação com o clínico e, por meio de transcrições de sessões de psicoterapia, expôs as consequências apresentadas pelo terapeuta que teriam função de bloqueio de esquiva frente as compulsões *in vivo* (comportamentos clinicamente

relevantes) do cliente. Kazdin (2003) explica que estudos descritivos têm sua importância dentro da Psicologia Clínica na medida em que possibilita os terapeutas estudarem fenômenos humanos novos e/ou raros, levantarem hipóteses teóricas sobre o funcionamento dos pacientes e serem uma fonte rica para criação de técnicas terapêuticas fundamentadas na teoria. No caso da FAP, a tradução da interação terapêutica em termos analítico-comportamentais e como esta promoveria mudanças no repertório do cliente por meio do responder contingente do terapeuta (Tsai et al., 2009).

Kazdin (2003) elabora que o papel da ciência psicológica é estabelecer relações confiáveis entre eventos e leis gerais para o comportamento estudado, o que permitiria generalizações e replicações de achados de uma pesquisa. Nesse sentido, os estudos de caso podem ter uma série de limitações, como não apresentar medidas objetivas para as variáveis dependentes (os comportamentos de melhora ou piora dos participantes são interpretados e não registrados pelo pesquisador), medidas objetivas para as variáveis independentes (não se tem controle do comportamento do terapeuta: se a intervenção foi realmente aplicada, em quais sessões, durante quanto tempo) e um modo confiável de inferir a causalidade entre a intervenção e os benefícios terapêuticos alcançados. Por mais detalhada e persuasiva que uma descrição de caso possa se apresentar, o clínico não poderá atribuir a mudança observada no cliente a sua intervenção, pois sempre haverá uma explicação alternativa (história, maturação, seleção etc) que comprometeria essa relação (Cook & Campbell, 1979). Desta forma, estudos de caso são um passo importante para a construção de conhecimento na Psicologia Clínica, porém as hipóteses levantadas devem ser confirmadas em pesquisas experimentais (Kazdin, 2003).

Pesquisas experimentais têm como objetivo utilizar métodos que auxiliem o pesquisador a inferir o efeito da variável independente (VI) sobre a variável dependente (VD), neutralizando ou amenizando o efeito de variáveis estranhas (VEs) que poderiam ser utilizadas como explicações alternativas a variável introduzida pelo experimentador (Gil, 2009). Todo delineamento experimental tem ao menos duas condições onde as VDs são comparadas. Mantendo-se todas as variáveis estáveis nas duas condições e manipulando apenas a VI na condição experimental, é possível comparar seu efeito em relação a condição controle (que não recebeu tratamento) e, caso haja uma diferença mensurável, concluir que a intervenção do cientista foi responsável pela mudança (Sampaio et al., 2008). Dois tipos principais de pesquisas experimentais estariam disponíveis para averiguar o efeito de um tratamento após a elaboração teórica dos estudos descritivos (Kazdin, 2003): o delineamento de grupo e o delineamento de caso único.

Resumidamente, o delineamento de grupo avalia o efeito de uma variável comparando indivíduos que receberam a VI em questão e um ou mais grupos que recebem outro tratamento. São selecionados participantes que cumpram os critérios de inclusão e distribuídos aleatoriamente entre a primeira e segunda condição (controle e experimental). A justificativa a distribuição aleatória é

garantir que as variações entre os indivíduos sejam anuladas ou amenizadas. Caso fossem escolhidos de forma não randômica e possuíssem características em comum, as mudanças nas VDs poderiam ser atribuídas a esse componente (VEs) e não a intervenção (por exemplo, os resultados de um grupo de homens e um grupo de mulheres são comparados, quando o primeiro recebe tratamento medicamentoso e o segundo placebo. Mesmo que o grupo masculino apresentasse mudanças significativas, poderia ser questionado se o gênero não seria uma variável não controlada importante). Ao se registrar as VDs de ambos os grupos e comparar a média dos seus resultados (com exames estatísticos, por exemplo), pode-se atribuir uma alteração do grupo experimental a variável manipulada (Sampaio et al., 2008). Esse tipo de delineamento é bastante utilizado para averiguar a eficácia de intervenções psicológicas, porém possui limites para a compreensão da psicoterapia à medida que não possibilita a avaliação do processo terapêutico, as mudanças regulares que ocorrem a cada sessão e a identificação dos mecanismos de mudança clínicos envolvidos (Kazdin, 2001). Uma amostra da metodologia pode ser visualizada no estudo de Kohlenberg et al. (2002). Os autores compararam Terapia Cognitiva (TC) e TC adicionada a estratégias FAP para pacientes diagnosticados com Depressão Maior. O grupo que recebeu a terapia combinada apresentou maiores benefícios que o grupo com tratamento isolado, indicando uma adição terapêutica da FAP a TC, porém não se pode afirmar o efeito da FAP sobre cada um dos participantes e qual o mecanismo de mudança envolvido (qual componente da FAP produziu a melhora), apenas que *em média* os participantes do grupo FAP + TC melhoraram acima da *média* do grupo TC (Kohlenberg et al., 2002).

Os delineamentos experimentais de caso único mantêm a mesma lógica que os delineamentos de grupo, onde o experimentador prepara no mínimo duas condições (com e sem VI) que permitam comparação e inferência sobre o efeito do tratamento, tomando as devidas precauções com as VEs. A diferença se encontra que nos delineamentos de caso único são utilizadas comparações do mesmo sujeito em diferentes momentos no tempo (ao contrário de poucas comparações em vários sujeitos, como nos delineamentos de grupo), por isso é também chamado de “sujeito como seu próprio controle” (Matos, 1990; Sidman, 1960). Kazdin (2003) descreve três especificações mínimas que um delineamento de caso único deve conter para que seja possível inferir causalidade entre as VIs e as VDs:

- a) Avaliação contínua: segundo o autor, o ponto mais importante do delineamento de caso único é que as VDs sejam continuamente registradas ao longo do tempo, preferencialmente antes da intervenção ser introduzida e enquanto ela for apresentada ou retirada. Isso possibilitaria a inferência do efeito da VI sobre a VD e a implementação dos próximos requerimentos.
- b) Linha de base: a avaliação continuada possibilita o examinador conhecer o nível das VDs antes da intervenção e criar uma hipótese de como ela se comportaria caso nenhum tratamento fosse proposto.

A linha de base permite a visualização e a comparação do repertório do participante antes e depois da aplicação da VI.

c) Estabilidade: é necessário que as VDs apresentem estabilidade em sua tendência e variabilidade para que seja possível contrastar seu nível após a introdução da VI. Para tirar conclusões sobre o efeito da psicoterapia, a taxa dos comportamentos-alvo do cliente deve estar aumentando ou diminuindo (tendência) e estarem se mantendo com uma proporção média (variabilidade) na linha de base, a ponto que devem se alterar (invertendo sua tendência e/ou modificando sua frequência) para que fique visualmente claro que o padrão comportamental do participante tenha mudado. Quanto mais estáveis forem as VDs na linha de base, mais simples será inferir o impacto das VIs.

Em sua tese de doutoramento, Oshiro (2011) discutiu como o delineamento de caso único contribuiria para a compreensão da psicoterapia. Apoiando-se em Greenberg (1986), defendeu a metodologia por manter o rigor experimental dos delineamentos de grupo, com a vantagem de, ao se registrar continuamente as VIs (comportamentos do terapeuta) e as VDs (comportamentos do cliente), poderiam se obter medidas de pequenas modificações ao longo do processo terapêutico e isso teria extrema utilidade para o estudo da Psicoterapia Analítica Funcional. Uma vez que a FAP assume que a mudança do cliente ocorre dentro de modelagem ao vivo nas sessões terapêuticas, o delineamento propiciaria a identificação dos processos que o terapeuta apresenta e os resultados contínuos de cada sessão.

Pesquisas em Psicoterapia Analítica Funcional

Como a FAP é uma psicoterapia interpessoal que discute como o comportamento do terapeuta afeta o repertório do cliente em sessão, foi necessário idealizar um instrumento que fosse sensível a essa interação e conseguisse descrever, ponto a ponto, como as respostas de um membro da díade terapêutica influenciavam as do outro no decorrer do processo psicoterápico. A construção do Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS – Callaghan & Follette, 2008) foi de grande relevância para a área porque promoveu a possibilidade de identificar não somente a mudança na frequência de CCRs dos participantes, mas a explicitação dos mecanismos de mudança clínicos hipotetizados na interação terapeuta-cliente (o responder contingente do terapeuta). O FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) é um sistema de categorizações para as verbalizações que podem ocorrer em uma sessão FAP. Por exemplo, o sistema conta com categorias para o comportamento do terapeuta (Regra 1, Regra 2, Regra 3-1, responder a um comportamento-problema, Regra 3-2, responder a um comportamento de melhora etc) e do cliente (CCR1, CCR2, CCR3 etc). Ao transcrever gravações de

sessões de psicoterapia e categorizá-las a partir das classificações dispostas no FAPRS, é possível realizar análises de frequência e sequenciais e inferir como o cliente e o terapeuta se influenciaram reciprocamente. O FAPRS ainda permite adaptações das categorias a depender dos objetivos da pesquisa.

Buscando compreender a mudança terapêutica da FAP e procurando detectar qual seria o papel do comportamento do terapeuta em sessão, nos Estados Unidos Callaghan, Summers e Weidman (2003) apresentaram um estudo de caso pioneiro na área usando o FAPRS. Um indivíduo com características de Transtorno de Personalidade Narcisista e Histriônica recebeu tratamento FAP durante vinte e três sessões. A conceituação de caso revelou problemas interpessoais como não discriminar o impacto do seu comportamento sobre os outros, expressão emocional contraditória e relações superficiais, que se tornaram, posteriormente, alvos da intervenção. Os autores selecionaram trechos de quinze minutos de quatro sessões de psicoterapia para posterior transcrição e categorização. A análise dos dados sugeriu que a frequência dos comportamentos-problema diminuiu e respostas socialmente mais adequadas aumentaram. Os autores também aplicaram uma análise sequencial de atraso (Bakeman & Gottman, 1986) para averiguar qual era a probabilidade de ocorrer um comportamento efetivo do terapeuta após um CCR e concluíram que à medida que o psicoterapeuta respondia de maneira contingente aos CCRs do participante, os CCRs1 diminuíam e os CCRs2 aumentavam em proporção. Apesar do estudo não contar com controle experimental (a FAP era aplicada desde o início dos atendimentos), foi uma primeira tentativa de descrever o processo terapêutico e tentar relacionar as mudanças com a intervenção. Não houve registro de medidas externas, porém o relato do participante indicou melhora interpessoal com as pessoas do seu convívio.

Levando em consideração as limitações metodológicas expostas no estudo de Callaghan et al. (2003), Busch et al. (2010) reproduziram o delineamento do primeiro autor alterando dois aspectos elementares: um número maior de sessões foi transcritas e categorizadas pelos autores e a categorização dos atendimentos envolveram não apenas os pesquisadores, mas categorizadores independentes, o que havia comprometido a validade interna do trabalho de Callaghan et al. (2003). Um cliente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline foi atendido por 24 sessões de Psicoterapia Analítica Funcional (10 sessões completas foram categorizadas). Os dados novamente apontaram para a melhora do quadro clínico e se relacionaram com a frequência de respostas contingentes efetivas do terapeuta aos CCRs do participante. Neste estudo também não houve medidas diretas para comportamentos de melhora fora da sessão.

Interessados em empregar uma metodologia que fosse capaz de inferir com maior propriedade os efeitos da FAP sobre o repertório dos participantes, Kanter et al. (2006) propuseram um delineamento quase-experimental A/A+B (Kazdin, 2003), onde na primeira fase o terapeuta utilizava

a TC, enquanto na segunda foram mantidas as estratégias cognitivas adicionando as cinco regras terapêuticas da FAP. O objetivo de Kanter et al. (2006) foi avaliar as mudanças extrassessão dos clientes. Foram construídos cartões diários para que os participantes registrassem os comportamentos funcionalmente semelhantes aos CCRs que ocorressem fora da sessão. Os resultados demonstraram melhoras extrassessão para o primeiro participante com a introdução da FAP, enquanto o segundo cliente desistiu do tratamento. Apesar de um desenho experimental mais desenvolvido em comparação aos estudos descritos anteriormente, não foram medidos os comportamentos da díade terapeuta-cliente em sessão com o FAPRS, o que não permitiu relacioná-los (produzindo a melhora ou a desistência) com as mudanças registradas nas anotações dos participantes.

No Brasil, especificamente no Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP), Oshiro, Kanter e Meyer (2012) investiram em um rigoroso controle experimental que fosse capaz de avaliar com maior precisão o efeito terapêutico da FAP e indicar o mecanismo de mudança clínico envolvido. Oshiro et al. (2012) utilizaram um delineamento de caso único de reversão (ABA_1B_1) (Hersen & Barlow, 1976), intercalando sessões onde o terapeuta discutia os comportamentos-alvo que ocorriam fora da sessão (A) com a modelagem *in vivo* nas fases FAP (B). Dois clientes foram atendidos, o primeiro com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline e o segundo de Esquizofrenia Paranóide. As sessões foram novamente transcritas e categorizadas com o FAPRS. Os resultados demonstraram aumento de frequência de CCR2 e CCR3 e decréscimo da frequência dos CCR1 nas sessões FAP, comparadas às fases de retirada, em ambos os casos. Essa metodologia possibilitou a replicação com o mesmo participante (intra-sujeito) e com um segundo (inter-sujeito), o que levou a conclusão mais satisfatória do efeito da FAP sobre os CCRs dos clientes e o reconhecimento da Regra 3, especificamente a apresentação de reforçadores positivos naturais (Tsai et al., 2009), como o mecanismo de mudança clínico da psicoterapia.

A sólida relação causal oferecida pela pesquisa de Oshiro et al. (2012) abriu caminho para a discussão de questões metodológicas importantes para área que foram investigadas nos estudos posteriores. Por exemplo, o viés do experimentador se refere ao potencial que o pesquisador tem para inadvertidamente influenciar o comportamento dos participantes de uma pesquisa para certa direção (Marczyk, DeMatteo & Festinger, 2005). O pesquisador que tem conhecimento dos objetivos da sua pesquisa pode influenciar os resultados em favor de suas expectativas de resultados. A literatura aponta que é necessário ter ciência de que o viés pode existir e que precisa ser identificado para que providências sejam tomadas. Na pesquisa de Oshiro et al. (2012), a terapeuta era a própria pesquisadora, impossibilitando-a de não conhecer os objetivos do estudo. Na tentativa de se explorar a questão metodológica referida, Geremias (2014) conduziu um delineamento experimental ABA_1 (onde A representa análise de contingências externas e B a FAP) com figuras diferentes nos papéis

de terapeuta e pesquisador. Uma terapeuta-participante realizou as sessões terapêuticas com um cliente e a pesquisadora foi a autora da pesquisa e quem categorizou e analisou todos os dados produzidos. Os resultados de Oshiro et al. (2012) foram replicados, aumentando a validade interna do estudo no tocante ao efeito da variável independente (VI) e a validade externa no que tange a generalidade dos dados.

Com o objetivo de replicar o estudo de Oshiro et al. (2012) e avaliar os efeitos de diferentes intervenções FAP, Mangabeira (2014) conduziu um delineamento de caso único de reversão onde comparava fases com análise de contingências externas (sem modelagem direta de comportamentos), FAP sinalizada e FAP não-sinalizada (a diferença entre os dois modelos FAP concernem ao grau que o terapeuta deixa explícito suas intervenções para o cliente ou não). Os dados apontaram para uma nova replicação dos dados de Oshiro et al. (2012), observando a diferença na frequência dos CCRs apenas entre as sessões análise de contingências e FAP, porém não entre as diferentes fases FAP (com e sem sinalização). Novamente se assumiu que a modelagem (Regra 3) seria o mecanismo de mudança clínico da psicoterapia e que a consciência do cliente a respeito das intervenções não alteraria o benefício terapêutico.

A respeito das questões de medidas extrassessão, o doutorado de Villas-Bôas (2015), teve como objetivo investigar experimentalmente se o tema das análises realizadas em sessão poderia levar a diferenças na melhora apresentada pelos clientes fora dela. A pesquisadora utilizou o delineamento de caso único de reversão que, após um período de linha de base, alternava sessões FAP com e sem Regra 5 (interpretações funcionais para o comportamento do cliente). Os resultados apontaram que o manejo da Regra 5 não se relacionou com mudanças observadas no contexto extrassessão (discutir as variáveis controladoras do comportamento do cliente não alteravam CCRs), porém foi identificada a melhora dos participantes entre a linha de base e as fases experimentais (diminuição de CCRs1 e aumento de CCRs2), o que fortaleceu a hipótese de que o reforçamento positivo contingente aos comportamentos de melhora (e a generalização) são suficientes para que o terapeuta FAP alcance os objetivos em seus atendimentos.

A partir da demonstração causal entre o responder contingente do terapeuta e as mudanças ocorridas no repertório dos participantes no estudo de Oshiro et al., (2012) e as subsequentes replicações sistemáticas (Sidman, 1960) (Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Villas-bôas, 2015), novos projetos do LTC-USP passaram a estudar uma ampla gama de contextos, populações e mecanismos de mudança: Regra 2 – evocação (Vartanian, 2017); a aplicação da FAP com crianças (Xavier, 2014); com crianças vítimas de abuso (Moreira, 2016); diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Lima, 2017); treino de novos terapeutas (Fonseca, 2016); e Transtorno de Ansiedade Social (Lovo, 2017). No mundo, as pesquisas que lidam diretamente com a terapia têm

crescido nos últimos anos (para uma revisão do assunto, Mangabeira, Kanter & Del Prette, 2012), como se pode observar com as referências de estudos teóricos e aplicados a diversos quadros clínicos: Depressão Maior (Kanter et al., 2006; Bolling, Kohlenberg, & Parker, 2000); Transtorno de Pânico (López Bermúdez, Ferro, & Calvillo, 2002); Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Tsai & Kohlenberg, 2010); Dor crônica (Vandenberghe, Furtado da Cruz, & Ferro, 2003); Anorgasmia (Sousa & Vandenberghe, 2005); Fibromialgia (Queiroz & Vandenberghe, 2006); Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Kohlenberg & Vandenberghe, 2007); etc. Alguns estudos envolvendo FAP e abuso de drogas já foram conduzidos (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012), porém até o presente momento pouco foi analisado especificamente a contribuição da psicoterapia para o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS).

Transtorno por Uso de Substâncias

Os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) são tratados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V – APA, 2013) como um conjunto de patologias causadas pelo uso continuado de substâncias psicoativas e que tem como característica comum a modificação do sistema nervoso central do paciente e, em decorrência deste desarranjo cerebral, um padrão impulsivo de autoadministração de drogas se instala apesar das consequências adversas que o comportamento produz. O TUS está dividido em dez classes de substâncias (álcool, cafeína, maconha, alucinógenos, inalantes, opióides, um grupo composto por sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco, e desconhecidos), e mesmo provocando diferentes experiências para o usuário, as evidências apontam que todas agem de maneira semelhante para iniciar o TUS, assim sendo, os critérios diagnósticos apresentados no DSM V podem ser aplicados a todas as classes (com exceção do diagnóstico de Transtorno por Uso de Cafeína e alguns critérios de alucinógenos) (APA, 2013).

O TUS possui onze critérios diagnósticos que são divididos entre quatro grupos: *prejuízo no controle* (critério 1-4), *prejuízo social* (5-7), *uso de risco* (8-9) e *critérios farmacológicos* (10-11). O nível do transtorno é classificado a partir do número de critérios que o indivíduo apresenta em um período de doze meses. Possuindo dois ou três critérios, considera-se um transtorno leve; quatro ou cinco, um transtorno moderado; e seis ou mais, um transtorno grave (APA, 2013). Os critérios são: 1) a droga é frequentemente consumida em maiores quantidades e por um período mais longo do que é pretendido; 2) existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de droga; 3) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de droga, na utilização e na recuperação dos seus efeitos; 4) fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a droga; 5) uso recorrente, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho,

na escola ou em casa; 6) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos; 7) importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de droga; 8) uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; 9) o uso de substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela droga; 10) tolerância, definida pela necessidade de quantidades progressivamente maiores de droga para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado e efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade; e 11) síndrome de abstinência da substância e consumo da mesma para aliviar ou evitar sintomas da abstinência (APA, 2013).

O Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira et al., 2012) apresenta uma estatística de abuso crescente em relação ao anterior (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007): estima-se que 47% da população ingiram álcool com frequência mínima de uma vez por semana e mais de 14% preencha os critérios diagnósticos para dependência química; 16,9% sejam fumantes regulares de tabaco; e que 6,2% tenham usado cocaína e 5,9% maconha no ano anterior a pesquisa (Laranjeira et al., 2012), tendo uma incidência de pelo menos 1% de dependência para cada uma das substâncias (Leite & Andrade, 1999) (os critérios diagnósticos utilizados no LENAD foram da quarta edição do manual DSM, pois o quinto volume não havia sido publicado. Os critérios de dependência da edição anterior equivalem a um transtorno no mínimo “moderado” na mais recente). Os Transtornos por Uso de Substâncias representam um grave problema de saúde pública para o Brasil, gerando complicações em nível individual (incapacidade, comorbidade, desemprego etc), médica (HIV, sífilis, hepatite, câncer) e social (evasão escolar, criminalidade, acidentes automobilísticos). Os gastos reais com o quadro clínico no país são de difícil mensuração e não foram devidamente avaliados, mas estima-se que cheguem a mais de 1 bilhão de dólares por ano (Ferreira & Laranjeira, 1998).

A Análise do Comportamento compreende o TUS como um conjunto de comportamentos mantidos pelas contingências de reforçamento passadas e atuais das quais eles são função (Silverman, Roll & Higgins, 2008). As drogas podem interagir com o comportamento do organismo de diversas maneiras em contingências respondentes e operantes (Leonardi & Bravin, 2011). Por exemplo, um indivíduo pode planejar, buscar e usar drogas e ter seu comportamento reforçado positivamente pelas ações farmacológicas da substância (Schuster, 1994); também pode ser reforçado negativamente pela remoção de estímulos aversivos corporais derivados do uso continuado (síndrome de abstinência) ou para fugir de outras contingências aversivas em operação (Borloti, Sido & Machado, 2015), quando uma pessoa procura “esquecer os problemas” ou “lidar com uma rejeição”; podem exercer função de

operação estabelecadora, quando alteram o valor reforçador ou punitivo de determinados estímulos e aumentam ou diminuem a probabilidade de comportamentos relacionados a esses estímulos serem evocados (Leonardi & Bravin, 2011), quando a autoadministração de álcool produz uma queda no valor aversivo da punição social e a pessoa se comporta de maneira “vergonhosa”; as drogas também podem exercer um controle de estímulos sobre o comportamento: o ambiente físico e social que foram antes pareados com a droga podem adquirir função de estímulos discriminativos que controlam o comportamento de busca e uso (Higgins, Heil & Sigmon, 2007). Uma situação comum é quando o indivíduo inicia um ciclo de uso ao entrar em contato com antigos usuários ou em situações que previamente havia adquirido drogas. Higgins, Heil & Sigmon (2007) ainda pontuam que o uso de drogas pode ser reforçado não apenas pela ingestão da substância, mas por reforçadores sociais dentro da rotina do usuário.

Como assinalado por Bernardes (2008), apesar do consumo de drogas ser entendido a partir dos antecedentes e consequentes ambientais, apenas uma minoria dos seres humanos que as experimentam acabam desenvolvendo um padrão dependente severo. Caso a única explicação para o quadro fossem os efeitos reforçadores produzidos pela droga, todos os indivíduos que tivessem acesso a ela estariam fadados a usá-la compulsivamente, o que não é constatado em pesquisas epidemiológicas e na observação cotidiana. A maior parte das pessoas utiliza drogas de maneira equilibrada, intercalando com comportamentos que produzem outros tipos de reforçadores. Banaco (2013) aponta que as substâncias de abuso se tornam importantes na vida de um indivíduo quando este não apresenta repertório para interagir de forma mais efetiva com o ambiente. Uma pessoa procura usar uma substância (reforçador positivo) porque apresenta um déficit para produzir reforçadores com uma atividade recreativa ou quando o meio social lhe é aversivo. O mesmo ocorreria em um contexto ansiogênico onde necessitasse de um repertório de enfrentamento e, em sua ausência, o conduz para o abuso de drogas e diminui seu contato com a contingência aversiva em vigor. A esquivia proporcionada pela intoxicação faria com que em longo prazo o ambiente continuasse aversivo e ele perdesse oportunidades de ter um repertório adequado modelado, mantendo seus déficits e a dependência química (Wilson & Byrd, 2004).

Baseados no quadro conceitual da Análise do Comportamento, os tratamentos analítico-comportamentais para TUS tem como objetivo geral quebrar o ciclo da dependência de substâncias manipulando as contingências de reforçamento e fortalecendo repertório para que o paciente possa produzir reforçadores positivos sociais e não sociais alternativos e emitir respostas de fuga-esquivia mais eficazes que não tenham relação com as drogas e a antiga rotina de usuário. Por exemplo, um tratamento empiricamente validado para dependência química, a Terapia Comportamental de Casais para Alcoolismo e Abuso de Drogas (*Behavior Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse* –

BCT) (O'Farrell & Schein, 2000), é uma intervenção composta por duas fases e sempre aplicada na presença dos dois membros do casal. A BCT é preferencialmente utilizada quando apenas um integrante apresenta envolvimento problemático com substâncias, mas pode ser aplicada quando ambos são dependentes. Na primeira etapa, direcionada ao uso de substâncias, é ensinado: o dependente a verbalizar diariamente seu engajamento em se manter abstinente durante um dia e ao cônjuge reforçar verbalmente, sem relembrar problemas passados a respeito da droga ou preocupações com futuras recaídas. Isso previne uma interação potencialmente aversiva entre os dois e coloca o casal sob controle da valorização dos comportamentos-alvo atuais; o marido ou a esposa a monitorar o uso de medicação; registrar em uma agenda outras atividades combinadas com o terapeuta (participar de grupos de apoio dos Alcoólicos Anônimos, por exemplo); e a identificação de situações de risco e estratégias que previnam recaídas (ligar para o cônjuge ou para um amigo, por exemplo). A segunda etapa do processo terapêutico é iniciada quando se obtém uma estabilidade da abstinência do cliente. Nela, o terapeuta convida os participantes a melhorarem seu funcionamento como casal, para isso os ajuda a: identificarem ao menos um comportamento reforçador que o outro tenha emitido dentro de 24 horas e reforçá-lo; programar atividades prazerosas em conjunto e/ou com amigos e familiares; programar um dia por semana para que cada um arrisque ser mais carinhoso e cuidadoso, sem esperar a iniciativa do outro (responsabilizar-se pelo bem do relacionamento); treinar habilidades de comunicação, expressão de sentimentos e pedidos específicos que diminuam o risco de estimulação aversiva desnecessária.

Em outro tratamento empiricamente validado intitulado Manejo de Contingências (do inglês *Contingency Management*) (Petry et al., 2004), a equipe terapêutica usa um sistema semelhante a economia de fichas (Martin & Pear, 2009) para reforçar comportamentos incompatíveis ao uso de substâncias. Em uma das suas várias modalidades, os clientes têm o uso de substâncias supervisionado por exames toxicológicos frequentes (no mínimo três vezes por semana) e lhes é apresentado reforçadores contingentes a resultados negativos em forma de fichas que podem ser trocadas por itens de interesse. O valor das fichas aumenta conforme se soma resultados negativos e a cada três testes é garantido um bônus (um reforçador adicional). Um resultado positivo para o uso de drogas faz com que o cliente retome ao valor inicial das fichas, porém ele pode recuperar o estágio previamente alcançado entregando cinco testes negativos consecutivos.

A Abordagem do Reforçamento Comunitário (*Community Reinforcement Approach*) (Higgins, Heil & Sigmon, 2007) é geralmente utilizada em conjunto com o Manejo de Contingências (Petry et al., 2004). O tratamento é estruturado nas seguintes fases: a) ensinar o cliente a realizar uma análise funcional do próprio comportamento, identificando os antecedentes que evocaram o comportamento de usar drogas, e os reforçadores e punições que se seguiram. Ressalta-se a busca por reforçadores

alternativos e a explicitação das consequências negativas; b) treino de habilidades sociais, de recusa de substâncias e outras técnicas comportamentais para diminuir estimulação aversiva e preparar o cliente para lidar com dificuldades que levariam a uma recaída; c) orientação de casais; d) procurar um emprego; e) medicação e exame toxicológico; e f) tido como o item mais importante, o aumento da rede de apoio, busca ativa por novas companhias e atividades de lazer altamente reforçadoras que não tenham relação com o abuso de drogas.

Dentro da literatura da dependência de substâncias, outras terapias comportamentais foram propostas para o tratamento do TUS (Caroll & Osken, 2005), entre elas a Psicoterapia Analítica Funcional.

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS)

A FAP é compatível com o modelo conceitual dos tratamentos comportamentais para dependência de substâncias expostos na seção anterior onde, em termos gerais, os clientes são ensinados a identificarem estímulos antecedentes que evocam respostas indesejadas relacionadas a substância e aprendem um repertório que produza reforçadores positivos e negativos de natureza física e social ao invés de se comportarem em direção as drogas. O objetivo da FAP é garantir a oportunidade de utilizar a interação terapêutica para identificar instâncias de comportamentos funcionalmente semelhantes ao repertório extrassessão que poderiam levar a recaídas e modelar esse repertório ao vivo.

Uma pesquisa diretamente relacionada a FAP e o TUS foi conduzida por Gifford et al. (2011) em um delineamento onde se comparou os efeitos de medicação (bupropiona) e medicação adicionada a um conjunto de terapias comportamentais composta por FAP e Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), em sessões semanais de grupo e individuais, em um tratamento para dependência de nicotina. Os componentes da intervenção ACT foram a aceitação de estados internos desagradáveis e o engajamento em comportamentos efetivos baseados em valores. As intervenções propostas pela FAP foram o reforçamento da aceitação dos estados desagradáveis na interação terapeuta-cliente, fortalecimento de respostas de fuga-esquiva eficientes frente a sentimentos negativos e discussão dos paralelos entre tolerar sentimentos desagradáveis em sessão e tolerar sentimentos desagradáveis que poderiam levar a recaídas fora da sessão. Os resultados apontaram que o grupo experimental obteve maiores taxas de cessação de tabaco após o término do tratamento e no *follow up* de um ano.

Um segundo estudo envolvendo FAP e dependência química foi conduzido por Holman et al. (2012). Os autores apresentaram um modelo integrativo para o tratamento de depressão e dependência

de nicotina, com componentes da terapia comportamental para tabagismo (Perkins, Conklin, & Levine, 2007), Ativação Comportamental (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001), ACT e FAP. A ACT foi utilizada como proposto por Gifford et al. (2011), ensinando os participantes a aceitarem estados desagradáveis e agindo de acordo com valores de longo prazo, enquanto a terapia comportamental para tabagismo e a Ativação Comportamental priorizaram a identificação de eventos que evocavam esquivas ineficientes e a busca ativa por reforçadores positivos sociais e não-sociais. A FAP foi aplicada identificando CCRs funcionalmente semelhantes a comportamentos-problema interpessoais fora da sessão que aumentavam o risco dos participantes terem pouco contato com reforçadores e se esquivarem de maneira indesejada (não interagindo com as pessoas, fumando) e fortalecendo repertório mais efetivo (mantendo relações íntimas, identificando necessidades, pedindo e aceitando ajuda). Cinco participantes foram atendidos e medidas para depressão e sintomatologia de transtornos psiquiátricos foram coletadas com inventários estruturados. Um registro para uso de tabaco foi conseguido indiretamente com a taxa de monóxido de carbono no bafômetro (VD). Os resultados indicaram que quatro participantes tiveram remissão da Depressão Maior (dois dos cinco participantes saíram dos critérios diagnósticos, porém eles apresentaram sintomas depressivos com menor intensidade), alterações importantes no funcional social e três participantes ficaram abstinentes do cigarro (enquanto dois mantiveram um uso abaixo do tratamento inicial).

Os dois estudos tem sua importância a medida que examinaram uma terapia que vem ganhando robusta comprovação de eficácia para uma população não explorada anteriormente. Apesar dos bons resultados descritos pelos pesquisadores, a metodologia empregada nos estudos não permitiu afirmar qual foi o efeito do reforço contingente do terapeuta (mecanismo de mudança hipotetizado na FAP) e como ele se relacionou com as melhoras registradas. No estudo de Gifford et al. (2011), por utilizar um delineamento de grupo, não é possível descrever o efeito das estratégias FAP sobre os participantes e como se relacionaram com os resultados obtidos. Na pesquisa descritiva de Holman et al. (2012), não podemos levantar relações causais entre as intervenções e as VDs pelos mesmos problemas discutidos anteriormente (Kazdin, 2003). Os dois estudos também não possibilitam investigar o efeito da FAP por terem submetido os participantes a programas de tratamento misto.

JUSTIFICATIVA

Um corpo robusto de evidências empíricas tem demonstrado os efeitos terapêuticos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) sobre o repertório interpessoal dos clientes e atribuído a modelagem direta dos comportamentos, expressa como Regra 3, como o mecanismo de mudança clínico envolvido. As pesquisas têm sido conduzidas para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, porém pouco foi estudado sobre a aplicação da FAP para o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). A racional da FAP para essa população é que instâncias de comportamentos-problema que tenham relação com o uso de substâncias (comportamentos de fuga-esquiva que levam a recaídas e déficits no repertório para produzir reforçamento positivo alternativo as drogas) podem se generalizar e ocorrer em sessão, permitindo o terapeuta reforçar progressos em uma direção mais construtiva. Nos estudos encontrados na literatura, os participantes foram submetidos a intervenções mistas, em conjunto com tratamento medicamentoso e outras psicoterapias comportamentais (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012), dificultando a avaliação exclusiva da FAP. As metodologias empregadas também não permitiram afirmar como os resultados se relacionaram com o mecanismo de mudança previsto. Faz-se necessário prover um delineamento que permita avaliar o efeito isolado da FAP e relacionar as possíveis mudanças identificadas ao mecanismo de mudança proposto pelos proponentes da terapia (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009).

OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) sobre o repertório interpessoal de indivíduos institucionalizados que preencheram os critérios diagnósticos para Transtorno por Uso de Substâncias. Como objetivos específicos foram levantados se há mudanças no comportamento dos participantes (identificados em conceituação de caso individualizada) após a introdução da variável independente FAP, medidos pela frequência de:

- Os comportamentos-problema e os progressos do cliente em sessão relacionados às categorias do Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (Callaghan & Follette, 2008) (CCRs1 e CCRs2);

- Os sintomas expressos no instrumento Outcome Questionnaire-45.2 (Lambert et al., 2004);

- A frequência de comportamentos relacionados ao abuso de substâncias, registrados com o instrumento Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1994).

Acredita-se que a modelagem direta proposta pela FAP aumentaria a frequência de comportamentos de melhora em sessão (CCRs2) e diminuiria sintomas psiquiátricos e a frequência e intensidade de abuso de substâncias ao final da terapia e em uma sessão de seguimento três meses após o encerramento da coleta de dados.

MÉTODO

Participantes

Clientes: Participaram da pesquisa dois clientes adultos que procuraram atendimento e preencheram os critérios diagnósticos para TUS em uma instituição especializada localizada no interior do Estado de São Paulo (o diagnóstico foi realizado pelo médico da instituição, com especialização formal em dependência química e mais de 30 anos de experiência na área). O primeiro participante foi diagnosticado com Transtorno por Uso de Álcool e o segundo com Transtorno por Uso de Cocaína. **Critérios de exclusão:** participantes que apresentaram ideação suicida, quadro convulsivo, Transtorno de Personalidade e/ou outro quadro médico ou psiquiátrico instável que impossibilitasse o bom andamento da psicoterapia.

Pesquisador-terapeuta: No momento da coleta de dados, o pesquisador-terapeuta era psicólogo formado há seis anos, especialista em Psicologia Clínica – Terapia Comportamental, atuando desde então como terapeuta analítico-comportamental em consultório particular e instituições de tratamento para TUS. Para que ocorresse o uso sistemático da variável independente na pesquisa, o pesquisador-terapeuta foi submetido a um treinamento em FAP que consistiu em: atendimentos semanais a dependentes de substâncias; gravação, transcrição e análise das sessões de psicoterapia; conceituação dos casos clínicos; pré-seleção de possíveis participantes para a pesquisa, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão; discussão com o grupo de pesquisa a respeito dos instrumentos de coleta e dos casos atendidos; e supervisão com a orientadora do projeto.

Durante a coleta de dados, coube ao pesquisador aplicar os instrumentos, escrever a conceituação de todos os casos e atender os clientes selecionados de acordo com as fases experimentais. Inicialmente o pesquisador-terapeuta teria como guia a tendência e a estabilidade dos dados das sessões (Sidman, 1960), porém como será mais bem explanado na seção Procedimento, isso não foi possível devido o tempo delimitado de estadia dos residentes. O terapeuta e sua orientadora optaram por utilizar os critérios de mínimo de sessões em cada fase experimental (Kratochwill et al., 2013). O pesquisador também foi responsável pela categorização das sessões selecionadas, seguindo a conceituação dos casos e a orientação dos instrumentos. Para a categorização foi realizado um treino entre os membros do grupo de pesquisa da Profa. Dra. Claudia Oshiro e um aluno de doutorado em Psicologia Clínica pela mesma instituição, com experiência em FAP.

Ambiente e equipamentos

O estudo foi realizado em uma instituição voltada ao atendimento de TUS, localizada no interior do Estado de São Paulo. Os encontros com o pesquisador-terapeuta ocorreram predominantemente uma vez por semana e tiveram duração de 50 a 60 minutos. O número de sessões semanais pôde aumentar para que ocorresse o encerramento da coleta de dados sem a necessidade do participante permanecer por tempo adicional na instituição.

O local possuía uma sala de enfermagem, uma sala de terapia em grupo, oito quartos, uma sala de estar, uma sala de jantar, uma cozinha, uma área de serviço e um jardim. A sala de atendimento individual dispunha de duas poltronas, uma mesa com cinco cadeiras, uma impressora, uma estante com livros, uma pia e um relógio.

A estrutura do centro de tratamento era de regime de internação com duração média de quatro meses. Conforme o tempo de permanência e a avaliação da equipe de profissionais, os residentes podiam iniciar gradualmente a ressocialização aos finais de semana. Habitualmente os pacientes entravam em contato telefônico com seus familiares após sete dias; almoçavam fora da clínica após quinze dias; e podiam dormir em suas residências após um mês. Não era raro que residentes que se mantivessem por mais de quatro meses comesçassem a trabalhar no período diurno (retornavam apenas a noite à instituição) ou ficassem um intervalo maior de tempo em ressocialização, até o momento da alta.

O pacote de tratamento incluía consultas médicas semanais, palestras sobre temas variados dentro do TUS, psicoeducação na abordagem cognitivo-comportamental, psicoterapia psicodinâmica em grupo, grupos terapêuticos baseados nos Doze Passos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos (Alcoólicos Anônimos, 1994) orientação grupal a familiares e educação física em academia externa a instituição.

As sessões de terapia foram gravadas em áudio. As categorizações e análise dos dados foram feitas em um computador Pentium Dual-Core CPU E5700 com o *Pacote Office*.

Instrumentos

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar os efeitos da FAP sobre o repertório de clientes que preencheram os critérios diagnósticos para Transtorno por Uso de Substâncias. A FAP assume que melhoras no repertório interpessoal do cliente ocorridas em sessão podem se generalizar para relações sociais fora da sessão (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) e, especificamente para essa população, levanta-se a hipótese de que essas melhoras tenham correlação com uma diminuição

na frequência e intensidade do uso de substâncias (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012). Por estes motivos, foram utilizados instrumentos para: 1) registro de mudanças no comportamento do cliente dentro da sessão; 2) registro de mudanças extrassessão; e 3) registro de mudanças na frequência e intensidade do uso de substâncias. Os instrumentos são descritos com maiores detalhes a seguir.

1) *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* – FAPRS (Callaghan & Follette, 2008, adaptado): o FAPRS foi desenvolvido como uma ferramenta para análise da interação entre terapeuta e cliente em uma sessão FAP. É um sistema de categorização dos comportamentos da díade terapêutica em gravações, em áudio ou vídeo, tendo sua versão original oito códigos para comportamento do cliente e doze para o terapeuta, podendo ser adaptáveis aos objetivos do estudo. O FAPRS identifica como as frequências de comportamentos do cliente se alteram ao longo do processo terapêutico a partir do responder contingente do terapeuta, mecanismo de mudança clínico proposto pelos proponentes da terapia (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Na pesquisa foi utilizado para averiguar as mudanças nos comportamentos do cliente dentro das sessões. Os códigos usados para categorização do comportamento do cliente estão apresentados na Tabela 1 e os códigos do terapeuta se encontram na Tabela 2.

Tabela 1: Códigos do FAPRS para comportamentos do cliente em sessões da Psicoterapia Analítica Funcional

Código	Descrição
CCR1	Emissão de comportamento problema na sessão
CCR2	Emissão de comportamento de melhora na sessão
CCR3	Descrição de variáveis de controle de seu comportamento
O1	Discussão ou descrição de comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Discussão ou descrição de comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
CTR	Falar com foco na relação terapêutica
CPR	Cliente colabora com o progresso da sessão

Tabela 2: Códigos do FAPRS para comportamentos do terapeuta em sessões da Psicoterapia Analítica Funcional

Código	Descrição
Regra 1	Atentar-se aos CCRs do cliente em sessão
Regra 2	Evocar, requerer ou solicitar diretamente um CCR
Regra 3-1	Resposta efetiva ao CCR1
Regra 3-2	Resposta efetiva ao CCR2
Regra 3-INF	Falha em consequenciar CCR1, 2 ou 3, por não o reconhecer ou responder de forma inadequada
Regra 4	Referir-se ou perguntar sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente
Regra 5	Discutir especificamente um CCR3 ou propor estratégias de generalização
TTR	Falar com foco na relação terapêutica
TPR	Terapeuta colabora com o progresso da sessão
TO1	Descrição ou discussão sobre um problema específico do cliente que ocorre fora de sessão
TO2	Descrição ou discussão sobre melhora específica do cliente que ocorre fora de sessão

2) Escala de Avaliação de Resultados (*Outcome Questionnaire*) – OQ-45.2 (Lambert et al., 2004): o OQ-45.2 é um instrumento desenvolvido para pesquisas de mudanças em psicoterapia, já validado para a população brasileira (Carvalho & Rocha, 2009). O OQ-45.2 é um inventário de avaliação global composto por 45 itens em uma escala Likert de cinco pontos, compreendendo três formas de interpretação: a) o score total se refere ao nível de “qualidade de vida” geral do paciente, indicando nível clínico ao atingir 63 pontos (variação de 0-180); b) as subescalas são compostas por *desconforto subjetivo* (sintomas dos principais quadros psiquiátricos, como ansiedade e depressão); *relacionamentos interpessoais* (problemas ou conflitos de ordem interpessoal, como relacionamento afetivo e familiar); e *desempenho do papel social* (dificuldades nas áreas relacionadas a tarefas domésticas, trabalho e/ou estudo) e apontam nível clínico para 36 (0-100), 15 (0-40) e 12 (0-36), respectivamente; e c) os itens críticos referem-se a temas que devem ser avaliados no *follow up* para qualquer numeral diferente de 0: suicídio, abuso de substâncias e violência, enunciado nos itens 8 (“Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida”), 11 (“Depois de beber bebidas alcoólicas,

preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia”), 32 (“Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas”) e 44 (“Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender”). Lambert & Hawkins (2004) sugerem que sua aplicação seja realizada durante todo processo terapêutico (em oposição a um teste pré e pós-tratamento), o que promove uma compreensão mais rica sobre todas as fases e nuances da terapia. No projeto foi aplicado semanalmente para verificar as mudanças extrassessão dos clientes ao longo da pesquisa.

3) Seguimento da Linha do Tempo (*Timeline Followback Method*) – TLFB (Sobell & Sobell, 1994): o TLFB é um instrumento desenvolvido para obter uma linha de base sobre a frequência e quantidade de uso de álcool e outras drogas do cliente antes do tratamento e comparar esse padrão depois da intervenção, sendo o álcool medido em quantidade autoadministrada (doses) e cocaína apenas se o participante utilizou em um dia específico (pela dificuldade dos usuários em mensurar a quantidade de cocaína/crack usada). O TLFB pode ser administrado em três diferentes formatos: entrevista; autorrelato; ou por um programa de computador. Em todas as suas formas é apresentado um calendário anual e outras dicas verbais para que o cliente se recorde e registre o seu uso de substâncias anterior a aplicação do TLFB, em um período que pode variar entre sete dias a dois anos a depender dos objetivos da avaliação. Na presente pesquisa foi utilizado no formato de entrevista presencial para averiguar mudanças no consumo de substâncias três meses antes e três meses depois do procedimento.

Procedimento

Como descrito na seção Introdução, as pesquisas preliminarmente desenvolvidas nos Estados Unidos e posteriormente efetuadas no Brasil, em especial no Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP), tiveram como objetivo identificar os efeitos e os mecanismos de mudança clínica envolvidos na FAP. A partir da inauguração do delineamento experimental de reversão (Hersen & Barlow, 1976) no LTC-USP com o estudo de Oshiro et al. (2012), os estudiosos da área puderam ter maior clareza de que o responder contingente do terapeuta estava associado as melhoras observadas no repertório dos participantes. Em decorrência da efetividade do desenho experimental proposto, novas pesquisas com o mesmo delineamento surgiram no laboratório (Geremias, 2012; Mangabeira, 2015; Villas-bôas, 2015), replicando os dados anteriores.

Após o reconhecimento da FAP como VI que afeta os CCRs dentro da sessão terapêutica, iniciou-se uma discussão a respeito da generalização dos ganhos adquiridos em sessão para a vida cotidiana dos clientes e possibilidades de registro para essas mudanças (Villas-bôas, 2015). Apesar da poderosa demonstração funcional entre a VI e as VDs apresentadas pelo delineamento de reversão,

a repetida introdução e retirada da variável em questão poderia, no mínimo, atrasar a generalização dos benefícios terapêuticos, dificultando que os instrumentos de medida identificassem essas mudanças no contexto natural dos participantes. Em contraste, um delineamento que se assemelhasse com a psicoterapia praticada em consultório, sem intromissões, garantiria a estabilidade da VI e consequentemente a generalização externa.

Analisando alternativas metodológicas para a condução das pesquisas, os membros do LTC-USP se interessaram pelo delineamento experimental de linha de base múltipla entre participantes. O delineamento busca demonstrar que a mudança das variáveis dependentes (VD) acompanham a introdução das variáveis independentes (VI) em diferentes momentos no tempo, não se alterando antes, na condição de linha de base (Hersen & Barlow, 1976). No momento em que as medidas das VDs de todas as linhas de base atingem estabilidade na condição controle, isto é, o nível e a tendência das VDs se mantiverem constantes (Sidman, 1960), a condição experimental é introduzida para o primeiro participante e não é removida. O processo se repete aos demais participantes, com um mínimo de três sujeitos (Hersen & Barlow, 1976). Apesar das dificuldades de implementação do procedimento, a vantagem em relação a reversão reside na única introdução e manutenção da VI até o final da coleta de dados (Tawney & Gast, 1984). Isso aumentaria a probabilidade das mudanças terapêuticas ocorrerem fora do contexto clínico e os instrumentos pudessem captá-las.

Como outras pesquisas do laboratório (Fonseca, 2016; Lima, 2017; Moreira, 2016; Xavier, 2014), o presente projeto inicialmente optou pelo delineamento experimental de linha de base múltipla por manter um sólido controle experimental, ao mesmo tempo em que possibilitaria uma maior aproximação do atendimento que ocorre em consultório (Tawney & Gast, 1984) e maiores chances de identificação de mudanças extrassessão.

A Figura 1 apresenta o delineamento experimental de linha de base múltipla inicialmente proposto para o presente estudo. A VI seria a FAP e as VDs os CCRs1 e CCRs2, registrados com o instrumento FAPRS (Callaghan & Follette, 2008). Mudanças globais fora da sessão seriam mensuradas com a escala OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) e alterações no padrão de uso de substância, pré e pós tratamento, utilizando o instrumento TLFB (Sobell & Sobell, 1994). Seriam usados no mínimo cinco pontos de coleta de dados em cada fase, como proposto nos padrões de delineamento de caso único (Kratochwill et al., 2013).

Semanas/ Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	32
P1 FAPRS OQ-45.2 TLFB	x x x	x x	x x	x x	x x	x x	X	x	x x	x	x	x	x x	x	x	x x	x	x	x	x	x x
P3 FAPRS OQ-45.2 TLFB	x x x	x	x	x x	x	x x	x	x x	x x	x x	x x	x	x x	x	x x	x	x	x x	x	x x	x x x
P3 FAPRS OQ-45.2 TLFB	x x x	x	x	x x	x	x	x	x x	x	x	x x	x	x	x	x x	x x	x	x x	x x	x x	x x x

Figura 1. Delineamento de linha de base múltipla entre participantes (P1, P2 e P3) proposto inicialmente para a presente pesquisa. A linha que divide o quadro o início da Etapa 2, momento de introdução da VI para cada participante. O *follow up* ocorreria na sessão 32.

A proposta foi considerada até a data do exame de qualificação, momento onde o pesquisador-terapeuta já havia atendido cinco clientes, porém apenas o primeiro havia encerrado a coleta de dados. A desistência precoce dos participantes é prevista na área de dependência química (Leite & Andrade, 1999), mas impossibilitou que o delineamento inicial fosse cumprido. Foi discutido com a banca examinadora quais seriam as alternativas para a continuidade da pesquisa, levando em consideração o tempo limitado para uma nova coleta. Foram sugeridas duas possibilidades: a primeira consistia em prolongar o atendimento do mesmo cliente até a sessão de *follow up* e discutir o uso da FAP nas sessões experimentais, o que caracterizaria um estudo de caso (Kazdin, 2003). A segunda alternativa seria atender mais um cliente e ter dados de dois delineamentos quase-experimentais A/A+B (Kazdin, 2003). Kazdin (2003) discute situações onde o estudo de caso pode vir a ser útil, exemplificando com a criação de idéias e hipóteses funcionais de uma determinada variável terapêutica, promoção de novas técnicas psicoterápicas e motivação para delinear experimentos com a variável de interesse. O pesquisador-terapeuta e sua orientadora levaram em consideração a literatura da FAP e decidiram pela segunda opção por acreditarem que, apesar do controle experimental mais frouxo deste delineamento em comparação a linha de base múltipla entre participantes, a FAP já vinha sendo estudada anteriormente e não se fazia necessário levantar novas hipóteses sobre seu funcionamento, mas sim criar as melhores condições possíveis para inferir sobre seu efeito na população específica do projeto. O delineamento quase-experimental poderia, ao menos, contribuir com uma correlação entre a variável manipulada e as variáveis dependentes, enquanto a replicação entre sujeitos

aumentaria a validade interna do estudo (Kazdin, 2003). O delineamento finalizado está apresentado na Figura 2. Em seguida será descrito as etapas do delineamento quase-experimental A/A+B.

Semanas/ Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	32
P1 FAPRS OQ-45.2 TLFB	x		x	x x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x x x
P2 FAPRS OQ-45.2 TLFB	x x x	X	x x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x x x

Figura 2. Delineamento quase-experimental conduzido na presente pesquisa. A linha que divide o quadro indica o início da Etapa 2, momento de introdução da VI para cada participante (P1 e P2). O *follow up* ocorreu na sessão 32.

Etapa I: Conceituação de caso e Terapia Analítico-Comportamental – Análise de contingências de reforçamento externas

Na primeira sessão de psicoterapia, o terapeuta apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente (Anexo 2), informando cada um dos clientes sobre o sigilo das sessões gravadas, das quais o pesquisador, orientadora, aferidor de concordância e transcritores teriam acesso. As gravações das sessões se iniciaram após a assinatura do cliente que, caso optasse em não participar, continuaria seu tratamento na instituição sem nenhum prejuízo. Como apontado na Figura 2, na Etapa I a primeira díade terapeuta-cliente teve doze sessões e a segunda dez sessões.

Devido o delineamento experimental requerer um grande número de sessões de psicoterapia transcritas, dois transcritores independentes foram selecionados para auxiliarem no trabalho. Após serem informados sobre o sigilo das sessões gravadas e assinarem o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Anexo 1), eles transcreveram uma ou duas sessões de psicoterapia por semana e enviaram o material para o pesquisador-terapeuta, que confirmava o recebimento do documento para que o transcritor deletasse o arquivo de áudio imediatamente. Os transcritores também realizaram a tarefa de aferidores de concordância que será descrita posteriormente nessa seção.

Durante a primeira etapa, o terapeuta escreveu a conceituação de caso de cada participante e os atendeu de acordo com a Terapia Analítico-Comportamental (TAC -Meyer et al., 2010), utilizando intervenções que priorizavam o controle por regras. Não foi permitido o uso sistemático da FAP nesta

fase (Weeks et al., 2012), exceto pela Regra 1, observar CCRs, o que permitiu o terapeuta refinar as conceituações de caso e preparar as estratégias para a segunda etapa da coleta de dados.

Diferente das outras pesquisas conduzidas no laboratório (Geremias, 2014; Oshiro, 2011; Villas-Bôas, 2015) que possuíam um período de tempo para conceituação de caso antes do registro de comportamentos na linha de base, o tempo restrito de estadia dos residentes obrigou o pesquisador-terapeuta a realizar a avaliação de CCRs dentro da primeira etapa. Isso impossibilitou que as sessões fossem categorizadas sessão a sessão, pois inicialmente não se tinha uma conceituação clara da problemática dos clientes para que as respostas fossem classificadas. Ao invés de utilizar o critério de estabilidade no nível e tendência das VDs para mudança de fase (Sidman, 1960), pesquisador e orientadora optaram pelo mínimo de cinco pontos de coleta (Kratochwill et al., 2013). Esse ponto será melhor discutido na seção Resultados e Discussão.

Foi iniciado semanalmente o registro das mudanças no repertório global dos clientes com o instrumento OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) e a aplicação do instrumento TLFB (Sobell & Sobell, 1994), que registrou o padrão do uso de substâncias do cliente prévio a sua internação. Isso possibilitou a comparação entre as mudanças globais e o padrão de uso de substância antes e depois do procedimento experimental. Para o primeiro participante, os dois instrumentos não foram aplicados na primeira sessão, apenas na quarta, pois se tratava de um caso piloto que os membros do grupo de pesquisa estavam discutindo. Devido as desistências dos outros participantes e a observação de problemas interpessoais que este apresentava, tomou-se a decisão de iniciar a coleta desta forma.

Etapa II: Introdução da VI – Psicoterapia Analítica Funcional e modelagem de comportamentos clinicamente relevantes em sessão

Após um mínimo de cinco sessões de psicoterapia para cada cliente na Etapa I (Kratochwill et al., 2013), foi introduzida a FAP, levantando a hipótese de que esta alteraria a frequência de CCRs definidos em cada caso.

O terapeuta iniciou o uso sistemático da FAP como descrito por Weeks et al. (2012), onde as cinco regras são apresentadas em uma sequência progressiva e natural, desde a identificação de similaridades funcionais do comportamento fora e dentro da sessão (regra 1), passando pela generalização destes comportamentos para o contexto psicoterápico (regra 2), fornecimento de consequências as instâncias de melhora que ocorrerem ao vivo (regra 3), avaliação do efeito da intervenção sobre o cliente (regra 4) e discussão sobre os ganhos da sessão e como eles podem ocorrer no ambiente natural (regra 5). O instrumento OQ-45.2 continuou sendo aplicado semanalmente (ver Figura 2).

Etapa III: Encerramento da psicoterapia e acompanhamento

Com a finalização de todos os atendimentos, os participantes foram convidados a continuar um pós-tratamento na instituição ou, em caso de impossibilidade ou preferência, encaminhados para outra instituição e/ou profissionais. Após três meses, os clientes foram chamados para uma sessão de acompanhamento e aplicação do OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) e TLFB (Sobell & Sobell, 1994) a fim de verificar se houve manutenção dos ganhos terapêuticos. O primeiro participante ainda se encontrava internado, mas por estar há mais de quatro meses na clínica, estava em ressocialização na maior parte do tempo. O segundo participante havia deixado a instituição uma semana antes de completar quatro meses, porém aceitou prontamente o pedido do pesquisador. O participante 1 se mantinha em processo terapêutico com o pesquisador, enquanto o participante 2 iniciou terapia com outro membro da equipe terapêutica em seu consultório particular.

Análise de dados

O número de sessões necessárias para a condução da pesquisa impôs ao pesquisador-terapeuta o auxílio de transcritores independentes. Os transcritores assinaram o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Anexo 1) para garantir o sigilo das informações e iniciaram o processo semanal de transcrições dos áudios. Em posse das transcrições, o pesquisador-terapeuta realizou a categorização de cinco sessões de cada fase experimental (Kratochwill *et al.*, 2013) utilizando o instrumento FAPRS (adaptado de Callaghan & Follette, 2008), como apresentado na Figura 2. Foram escolhidas antecipadamente as sessões 1, 3, 6, 9 e 12 da Etapa I e 13, 14, 15, 16 e 17 da Etapa II para o primeiro participante e as sessões 1, 3, 5, 7 e 10 da Etapa I e 11, 12, 13, 14 e 15 da Etapa II para o segundo participante. A decisão foi pautada na importância de visualizar a frequência de CCRs durante todo o processo terapêutico anterior a manipulação da VI como uma maneira de averiguar a estabilidade das VDs e cinco sessões em sequência após a introdução da FAP para melhor compreender a continuidade do seu efeito.

O contato do pesquisador-terapeuta com os objetivos do estudo e as sessões de terapia poderia comprometer a validade interna da pesquisa, pois a conceituação dos casos e as categorizações dos comportamentos da diáde terapêutica foram por ele realizadas e ficaram susceptíveis as suas próprias expectativas de resultado (Marczyk, DeMatteo & Festinger, 2005). Para aumentar a fidedignidade do estudo se fez necessário que um aferidor independente classificasse os comportamentos conceituados pelo pesquisador-terapeuta e fosse realizado um teste de concordância entre pesquisador e aferidor

(Kazdin, 1982). Semelhante ao processo de aferição utilizado na tese de doutorado de Villas-bôas (2015), os próprios transcritores foram convidados para a tarefa, pois apesar de não terem domínio e experiência em FAP, tiveram contato suficiente com os casos atendidos (sem a conceituação dos casos).

Os dados também foram submetidos a avaliação de fidelidade ao procedimento. Foi verificado se a variável independente foi introduzida e se manteve no momento planejado pelo delineamento. Para isso, foi analisado se o pesquisador-terapeuta se comportou da maneira prevista em cada fase experimental, isto é, deveria haver um aumento na frequência das cinco regras terapêuticas (Regras 1 a 5) e a apresentação de consequências aos comportamentos relevantes dos clientes (modelagem dos comportamentos) após a introdução da FAP, em relação a Etapa 1.

Após a conferência da VI e das VDs, foi analisada a hipótese do estudo. O pesquisador-terapeuta realizou uma comparação entre a quantidade de categorias de comportamento emitida pelos clientes nas duas etapas (análise de contingências de reforçamento externas e FAP). Essa comparação visou concluir se ocorreram mudanças significativas na frequência de CCRs dos clientes dentro da terapia. Todos os dados foram verificados via inspeção visual.

Por final, os dados dos instrumentos OQ.45-2 (Lambert et al., 2004) e TLFB (Sobell & Sobell, 1994) foram analisados para averiguar as mudanças extrassessão e os padrões de consumo de substâncias dos participantes ao longo do procedimento experimental e antes e depois do período de internação, respectivamente. Também foi avaliada a manutenção das mudanças na sessão de acompanhamento. A análise dos comportamentos do terapeuta, dos participantes e dos instrumentos de medida serão apresentados na seção Resultados e Discussão.

Aferição de concordância

Com o objetivo de aumentar a validade interna da pesquisa (Cook & Campbell, 1979), a aferição de concordância foi realizada comparando as classificações realizadas pelo pesquisador-terapeuta e dois aferidores de concordância independentes. Desta forma, foi possível avaliar a observação e categorização realizada pelo terapeuta, levando em consideração suas possíveis expectativas de resultado em relação ao estudo (Marczyk, DeMatteo & Festinger, 2005). Kratochwill et al. (2013) sugerem dois critérios distintos para averiguar a concordância entre observadores: o índice de concordância percentual (Kratochwill et al., 2013) e o índice proporcionado pelo coeficiente

Kappa (Suen & Ari, 1989). O primeiro se refere a porcentagem bruta de categorizações que o pesquisador e o aferidor concordam em uma sessão terapêutica. É necessário que se atinja 80% neste indicador para um nível satisfatório de concordância. O segundo índice tem o mesmo propósito, porém seu cálculo leva em consideração as verbalizações que poderiam ter sido igualmente categorizadas ao acaso. A equação para se encontrar o coeficiente Kappa é $x = (po - pe) / (1 - pe)$, onde *Po* se refere a concordância observada, *Pe* a concordância esperada, e o denominador a diferença total possível (1) e a concordância esperada (Suen & Ari, 1989). Um nível de 60% é considerado suficiente (Kratochwill et al., 2013). Na presente pesquisa foi estabelecido que os dois critérios seriam verificados.

Após todas as sessões serem concluídas e os dois transcritores encerrarem as atividades, o pesquisador-terapeuta categorizou cinco sessões de cada fase experimental para as duas díades terapêuticas de acordo com o instrumento FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) adaptado para a presente pesquisa, como descrito no item anterior e calculou a frequência relativa das categorias encontradas nas sessões, isto é, a porcentagem que as categorias ocupavam em cada sessão. Isso permitiu a comparação entre sessões que continham diferentes números de verbalizações. Com todas as sessões que iriam ser utilizadas para a análise de dados em mãos, convidou os dois transcritores para serem categorizadores independentes da pesquisa. Depois de assinarem o Termo de Responsabilidade (Anexo 3) foi iniciado o treino de categorizadores. Inicialmente os categorizadores estudaram o manual FAPRS traduzido e a conceituação de caso dos seus respectivos clientes (a mesma conceituação que será exposta adiante). Aconteceu uma primeira reunião de meia hora (com cada categorizador) para exposição da conceituação e foi enviada uma sessão de treino (que não foi utilizada para a aferição final) juntamente com sua gravação em áudio. Após o envio das sessões categorizadas e uma nova reunião (uma hora), foi iniciada a categorização de duas sessões para cada participante, sendo uma de cada fase experimental (mas não reveladas para evitar vieses) (Kratochwill et al., 2013).

Os resultados iniciais não foram completamente satisfatórios, tendo a primeira categorizadora (responsável pelas sessões do primeiro participante) atingido 80,57% (bruto) e 0,72 (kappa) para primeira sessão, porém 77,25% (bruto) e 0,33 (Kappa) para a segunda. Foi realizada uma nova reunião (uma hora) para tirar dúvidas sobre (principalmente) as categorias Regra 1/Regra 2, TTR/TPR e CTR/CPR. Na segunda rodada de categorizações foram alcançados os níveis 82,31% e 0,74 (percentual e Kappa da primeira sessão, respectivamente) e 76% e 0,64 (percentual e Kappa da segunda sessão).

Os índices atingidos pelo segundo categorizador (responsável pelas sessões do segundo participante) também não foram aceitáveis inicialmente, tendo 84,4% e 58,85% de concordância

percentual para a primeira e segunda sessão. Não foi possível calcular o índice Kappa pelo número discrepante de categorias entre as codificações do pesquisador e do categorizador (13 e 7, respectivamente), além de categorias com uma ou duas ocorrências na sessão que diminuíam drasticamente a probabilidade de concordância. Nas reuniões foram explicados novamente os CCRs do cliente que não estavam claros para o categorizador. Foi decidido realizar novas categorizações até que fosse possível determinar o índice Kappa (agendando reuniões com uma hora de duração entre cada uma delas, como foi feito com a primeira categorizadora). Na terceira tentativa foram conquistados 82,97% bruto e 0,74 Kappa (primeira sessão) e 76,19 bruto (segunda sessão). Não foi possível calcular o índice Kappa para segunda sessão pelos mesmos motivos anteriores.

Como pontuado na tese de doutorado de Villas-Bôas (2015), o prazo para as atividades de categorização pode ter influenciado os resultados. Na literatura estrangeira, esse treino pode chegar a 100 horas (Busch et al., 2010), contudo o pesquisador e aferidores não tinha esse tempo disponível para a tarefa. As dificuldades apresentadas pelos categorizadores se relacionaram com a interpretação do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), como diferenças entre a Regra 1 (observar CCRs) e a Regra 2 (evocar CCRs) e a identificação de CCRs, porém não foram atribuídos a discordâncias na compreensão do caso e o que ocorria na sessão terapêutica. Levando-se em consideração o número de horas de trabalho para tarefa (média de apenas três horas de reuniões e tempo de categorização e leitura), deu-se as porcentagens finais como razoavelmente satisfatórias. É necessário que os próximos estudos levem em consideração esse aspecto metodológico e comparem os resultados adquiridos na presente pesquisa com aferições efetuadas com maior tempo disponível (maior contato com o FAPRS e com o treino de categorizadores, por exemplo).

ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi conduzida com os cuidados éticos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com a devida apreciação e aprovação da Plataforma Brasil sob o número CAAE 45003515.2.0000.5561.

Aos participantes foi explicado a justificativa, objetivos e procedimentos usados no estudo e eles assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente, caso contrário continuariam o tratamento normalmente sem prejuízos.

Para garantir o bem-estar e segurança dos participantes, a privacidade de todos envolvidos foi preservada, sendo que apenas as pessoas necessárias para o delineamento da pesquisa tiveram acesso às informações de cada cliente. Pesquisador, orientadora, aferidor de concordância e transcritores assinaram um Termo de Compromisso e Responsabilidade onde se comprometeram a garantir o sigilo dos dados. No momento da publicação e apresentação dos resultados da pesquisa nenhuma informação que facilite ou identifique os participantes será divulgada.

Os clientes tiveram tratamentos validados pela literatura científica em todos os momentos da intervenção.

Foram disponibilizados aos participantes os resultados da pesquisa, comunicados pessoalmente pelo pesquisador. Os participantes foram voluntários e tiveram o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento ou caso os pesquisadores percebessem que a saúde física e/ou psicológica dos indivíduos estivesse em risco.

Conceituação dos casos atendidos

Participante 1 – Rafael (nome fictício)

Identificação do cliente:

Ao iniciar a terapia, Rafael (63), natural de uma cidade de grande porte no Estado de São Paulo, era engenheiro com pós-graduação em administração de empresas. O cliente se encontrava desempregado desde 2010 e divorciado há mais de vinte anos de Mirian, com quem foi casado por quinze anos e tiveram a filha Laís (32).

Rafael residia há mais de vinte anos com seus pais Amadeu (99) e Rosalina (95) na mesma cidade onde nasceu. Os pais contavam com três cuidadoras devido a saúde debilitada. A irmã de Rafael era casada e morava em outra residência.

Essa foi a segunda vez que Rafael procurou tratamento para seu Transtorno por Uso de Álcool. Em sua primeira internação, se manteve dois meses em uma clínica localizada no interior do Estado de São Paulo. No primeiro dia que voltou para sua residência, caminhou próximo ao ambiente em que estava habituado a beber e teve uma recaída. No dia seguinte sua filha descobriu o ocorrido (por ter acesso ao extrato bancário do participante) e decidiram procurar uma nova clínica. Rafael aceitou de imediato.

Queixa:

Conflitos com a família.

História de contingências de reforçamento:

Rafael iniciou seu consumo de álcool aos dezoito anos de idade, bebendo (cerveja) esporadicamente até seu casamento, com vinte e sete anos. Começou a frequentar *happy hours* nas sextas-feiras depois do trabalho. O participante passou a ingerir bebidas com gradação alcoólica mais alta (vodka) e em sua residência. Apesar das queixas de sua esposa (“você não conversa comigo, fica distante”) e filha (que jogava o conteúdo das garrafas na pia e pedia para o pai parar), o cliente mantinha esse padrão. Acabaram rompendo o relacionamento e Rafael foi morar com seus pais: “expliquei a situação e eles me aceitaram na casa”. Rafael continuou morando com Amadeu e Rosalina até o momento de sua primeira internação.

Ao se mudar para a residência dos seus pais, se manteve abstinente por um ano e meio, mas progressivamente voltou a antiga frequência de consumo. Continuou sua rotina de trabalho (geralmente no setor de vendas) e usando álcool ao final do dia, em bares, restaurantes e em seu quarto durante aproximadamente vinte anos (em média cinco doses de vodka fora de casa e sete em

seu quarto no período noturno). As consequências impostas pela família para seu alcoolismo eram “demonstração de tristeza e aborrecimento” e “preocupação”, o que não era suficiente para diminuir a frequência do seu beber.

Dependentes de substância apresentam déficit de repertório para produzirem reforçadores alternativos a substância de abuso (Banaco, 2013), incluindo a área interpessoal (Wilson & Byrd, 2004). Rafael descrevia seu pai como “distante, calado e reservado”, não expressava o que estava pensando sobre as situações, apenas sinalizava com uma expressão facial (“eu sabia que ele ficava chateado ao me ver bêbado”). Em dado momento ele descreveu que se sentia sozinho e gostaria que seu pai tivesse sido mais presente. Rafael possivelmente aprendeu a se comportar pelo modelo paterno, tornando-se reservado, “não atrapalhando e não se deixando atrapalhar”. Isso não criou oportunidades de ter comportamentos interpessoais importantes reforçados, manteve suas habilidades empobrecidas e com pouca disponibilidade de reforçadores positivos dessa origem. Foram raras as vezes que o cliente descreveu interações sociais e amizades íntimas, apenas se referia que tinha alguns amigos e que conversava com eles por telefone, mas “devido a bebida foi se afastando”. Também não teve um envolvimento afetivo relevante após ter se divorciado da sua ex-esposa. A única fonte de reforçamento social e afetivo genuíno que o cliente tinha era a filha. Laís era a pessoa que garantia maior suporte ao cliente, buscando tratamento para seu problema com álcool, conversando sobre as dificuldades que estava vivendo e procurando nova moradia (o pai de Rafael decidiu não mais aceitá-lo em sua casa no início dos atendimentos).

Rafael poderia ter se comportado de maneira a eliminar possíveis eventos aversivos de se manter bebendo, como ficar desempregado. Em 2010 desistiu de trabalhar alegando que “tinha que se recuperar para conseguir voltar”, porém só procurou tratamento seis anos depois e por incentivo de sua filha. Uma hipótese levantada é que os pais de Rafael ofereciam reforçadores positivos não contingentes ao filho que diminuía a aversividade de estar sem emprego (os pais depositavam dinheiro mensalmente em sua conta, deixavam ficar em sua casa, pagavam o convênio médico, proporcionavam uma vida confortável e a filha Laís, sendo psicóloga, entendia o pai como um “doente” que não bebia por livre-arbítrio, mas acabava reforçando comportamentos inadequados por manter sua atenção independente do que estava acontecendo). Rafael se encontrava em um mundo com poucos e passageiros reforçadores e sem contingências aversivas das quais tinha que escapar. Devido a isso, o valor reforçador do álcool era alto e, por conseguinte, a frequência de respostas que produziam esse reforçador era elevada.

Quando iniciou o atendimento psicoterápico, teve conhecimento que sua irmã e seu pai decidiram não o deixar voltar para casa. Rafael não falava de si, concordava com os posicionamentos do terapeuta e da equipe, sem opinar ou criticar pessoas e eventos. Na sua história, o padrão

“reservado” diminuiu seu acesso a reforçadores importantes (relacionamento com outras pessoas) e contribuiu para instalação e manutenção da dependência química, porém foi hipotetizado outras funções a partir de sua internação. A aparência “boazinha”, de “estar melhorando” e “não dar problema” aumentava a probabilidade do seu retorno à residência dos pais e aos privilégios que estava habituado. O repertório tinha a mesma função fora da sessão, quando conversava com seus pais, filha, irmã e equipe técnica. Essa suposição é fortalecida quando o cliente verbaliza que valoriza seu jeito reservado, não achando negativo ter menos contato social ou falar pouco de si.

Portanto, ao iniciar a coleta de dados, o terapeuta identificou que seu cliente possuía dificuldade em emitir tatos verbais em sessão (e o seu desenvolvimento poderia ser terapêutico), porém *não* aprender a descrever eventos e se expressar emocionalmente era provavelmente fortalecido com seu retorno a casa dos pais e livre acesso aos reforçadores de grande magnitude e baixo custo de resposta. A maneira com que as contingências foram se arranjando na vida de Rafael explicariam a dificuldade do caso e o motivo do cliente parar de trabalhar, não ter amigos, ser dependente financeiro e passar a maior parte do tempo em atividades solitárias, principalmente ingerindo álcool em bares e no quarto.

Sistematização dos Comportamentos Clinicamente Relevantes:

A FAP foi utilizada como um tratamento adjunto dentro de uma clínica para dependência química com o objetivo de ampliar o repertório interpessoal do participante, levando em consideração que sua melhora possibilitaria a ele maior acesso a reforçadores sociais dentro da sessão terapêutica, fora da sessão (por generalização) e auxiliaria posteriormente na diminuição no seu consumo de álcool.

Os CCRs1 que Rafael apresentava no início do atendimento foram classificados como respostas que em última instância diminuía o conhecimento do terapeuta sobre o cliente e as contingências de reforçamento em que estava inserido. A forma como o participante se posicionava em sessão não permitia a continuidade do processo terapêutico. Era necessário que o terapeuta pudesse conhecê-lo e construir um vínculo terapêutico. Em análogo, os Os1 inibiam o desenvolvimento de relações afetivas e sociais importantes em sua vida. Exemplos de topografias de CCRs1 são apresentados a seguir.

CCR 1 – Reservado: o cliente falava superficialmente, não respondendo diretamente as perguntas realizadas pelo terapeuta; usava adjetivos ou expressões genéricas, não descrevendo os eventos em

sua vida; dizia que tinha “se esquecido” ao ser questionado; dizia não saber se era relevante falar de determinado assunto; ficava em silêncio.

Exemplo 1:

T: Tá. Me conta um pouco como é que cê chegou aqui. O que tava acontecendo com você. (TPR)

C: Bom. Eu fui internado até... Tive alta no domingo. Tá? Dessa internação... (CPR)

T: Da primeira? (TPR)

C: Da primeira. Isso. E a minha filha e meu genro foram me buscar e trouxeram no domingo em casa. Nós sentamos com meu pai, conversamos, meu pai tava preocupado, é... Não sei se desses detalhes você vai precisar, alguma coisa... (CCR1)

Exemplo 2:

T: Me fala a frequência. Me fala qual era a frequência que você tava bebendo. Todo dia? (TPR)

C: Naquela ocasião eu aumentei todo dia. Sempre um pouco quando voltava do trabalho. (CPR)

T: E quanto? (Regra 2)

C: Ai... Eu bebia o que? Umas 3 doses, mais ou menos. Começou com 3. (CCR1)

T: Do que? (TPR)

C: De vodka. (CCR1)

T: De vodka? (TPR)

C: É. Pura. (CCR1)

T: Com gelo? (TPR)

C: Não. Gelada. (CCR1)

Exemplo 3:

C: Não. Às vezes ele fala, mas às vezes eu quero saber mais, perguntar mais alguma coisa. Pela idade dele, não é toda hora que ele tá lembrando de tudo. Então pergunto pra ele, com calma, vou falando, e ele vai entendendo, vai falando pra mim. (CPR)

T: Tá. Tá bom. Então me conta mais, tenta me explicar mais o que que você tá chamando de relacionamento com seu pai que podia melhorar. (Regra 2)

C: Como eu já comentei com você. A questão de um diálogo mais aberto. Eu falar de mim, tá tendo algum problema, mais sério, enfim. Sempre eu falei com ele "Olha pai, tá acontecendo isso, tal tal" Agora mais detalhes, mais outras coisas, de menina, tudo, então eu comecei a conversar com ele um pouquinho mais sobre isso pra ele se abrir também, ficar mais a vontade. (CCR1)

Exemplo 4:

T: E você consegue me dizer porque a maioria das vezes a pessoa falar primeiro parece que é mais... forte em você? (TPR)

C: É meu jeito de ser, né. Eu não... eu coloco... a pessoa começa a conversar, falar, se abrir, eu vou também fazendo, vou conversando. Que às vezes a pessoa tem uma necessidade naquele momento de falar alguma coisa, pelo relacionamento que a gente tem, enfim. (CCR1)

T: Eu queria um exemplo disso. (Regra 3-1)

C: Ah. Pra eu lembrar agora... (CCR1)

CCR1 – “Bonzinho”: o cliente emitia uma opinião pública positiva sobre uma pessoa ou evento, quando sinais indicavam opinião encoberta negativa; o cliente fazia críticas sobre sua pessoa ou concordava com os relatos do terapeuta para colocar seu comportamento em extinção.

Exemplo 1:

C: Porque você tá passando por uma fase, uma adaptação, cê tá longe da família. Mas por outro lado tá sendo positivo em termos de informação, de orientação, sabe. De apontar algumas coisas pra mim pra poder parar pra pensar um pouco. Então isso tá sendo muito bom. (CCR1)

Exemplo 2:

T: O que que você sente dele ser desse jeito? Qual que é o... (Regra 2)

C: Não sinto chateação, não sinto nada nesse sentido. Porque eu respeito meu pai, ele é assim, como eu também tenho minha maneira de ser, tenho os meus defeitos. (CCR1)

T: Não precisa ser uma coisa, um sentimento forte. O que você sente, alguma coisa acho que você sente, se não você não ia querer mudar isso (Regra 3-1)

C: Não. O que eu falo é de conversar mais, se abrir mais. (CCR1)

T: O que que você sente de conversar de menos? Que que você sente a respeito? (Regra 3-1)

C: Não. Eu acho o seguinte: eu tô lá justamente pra ajudá-los e tudo que for né. (CCR1)

Exemplo 3:

T: Eu queria que você lembrasse um exemplo de alguma coisa que teoricamente ele devia falar alguma coisa, e ele não falou, e você não sabia o que tava acontecendo. (TPR)

C: (tosse) Bom. Isso quando eu tava trabalhando, né, a preocupação dele é que ocorresse algum problema da interferência da bebida no meu trabalho. Isso é uma preocupação que deu pra perceber dele. Óbvio. Natural isso. Eu mesmo também me preocupava. (CCR1)

Inversamente, os CCRs2 que Rafael emitiu durante as sessões foram categorizados como respostas que aumentavam o conhecimento do terapeuta sobre o cliente e as contingências de reforçamento em que estava inserido. A maneira como o participante se comportava em sessão permitia o pesquisador compreender o que ocorria em sua vida e dar continuidade ao processo terapêutico. Em análogo, os Os2 possibilitavam o desenvolvimento de relações sociais. Exemplos de topografias de CCRs2 são exibidos a seguir.

CCR2 – Expressivo: O cliente responde diretamente as perguntas propostas pelo terapeuta; descreve os eventos que ocorrem em sua vida e sentimentos que experimenta; prossegue o diálogo; colabora com a sessão terapêutica.

Exemplo:

T: Vem cá, é... queria então que você me dissesse alguma coisa que não está indo bem, alguma coisa que você tem pensado, é... preocupações... Queria tentar te ajudar com alguma coisa que você identificasse como uma coisa que você tá vivendo, ao invés de eu trazer um assunto que eu acho importante. Eu gostaria que você focasse algum outro. (Regra 2)

C: Bom, a princípio né, aquilo que eu sempre falo pra você, eu não gostaria de tá aqui, mas devido à necessidade, à minha situação é... e de tratamento, eu opto por ficar e ter o tratamento e a orientação de todos vocês da equipe. Isso é um ponto que eu sempre falo isso pra você. Mas eu acho fundamental eu passar por isso pra poder melhorar. Eu tô vendo como uma melhora pro futuro meu, pras pessoas que também ficam ao meu redor. É... obviamente que, quando eu tiver alta, vai ser uma... vai ser um recomeço pra mim, porque o fato de eu ficar aqui desde... Poxa. Até antes de eu vir pra cá já tinha mais de noventa dias... aliás, mais de sessenta dias num outro lugar, depois vim pra cá. Quer dizer, não passei nem um dia fora praticamente e vim pra cá. Até recuperar, até ter todos... normalidade vamos dizer assim. (CCR2)

T: Uhum. (TPR)

C: Claro, vou ter que me readaptar com relação a isso tudo. (CPR)

T: Cê consegue me explicar melhor a primeira parte, que é "Bom, cê sabe que eu não gostaria de estar aqui". Queria que você me explicasse melhor o que você sente. (Regra 3-2)

C: Não, na realidade o que eu tenho sentimento é um sentimento de... Não é de culpa, mas de chateação, sabe, dos problemas que eu causei pras pessoas, pra mim mesmo de saúde, e comportamento. Tudo isso foi uma coisa que quando eu vim pra cá, um tempo eu fui refletindo. E nas reuniões cê ouve as pessoas... Isso tudo foi me ajudando a repensar nas minhas atitudes, meu comportamento, e me preparar pro futuro, né. Quando sair daqui, procurar estar bem comigo mesmo pra poder ter - aquilo que eu falo - controle, começar a ter uma vida normal, mas longe de droga. Nesse sentido. Então, quero ter uma vida melhor. Viver a vida, vou falar assim. (CCR2)

T: Quem que você acha que você... Desculpa, você usou uma palavra agora. As pessoas que você incomodou... (Regra 3-2)

C: Ah... (CPR)

T: As pessoas que você magoou. (Regra 3-2)

C: É. Magoei meus pais, minha filha, meu genro. Sabe. Ficaram todos chateados com a minha situação do alcoolismo. Ninguém ficou contente com isso. Porque? Preocupação, emoção, comportamento. Então isso tudo acabou afetando as pessoas ao meu redor como consequência. Eu não tô nem falando de mim, porque isso eu já sei as consequências que foram. (CCR2)

CCR2 – Crítico: o cliente emite sua opinião sobre uma pessoa ou evento; o cliente faz críticas sobre terceiros; discorda do terapeuta.

Exemplo:

C: Meu banco... Só se eu entendi errado. Não sei. Como eu vou pra [cidade natal], eu vou conversar com a gerente, vou lá, ver uma série de outras coisas, e ver esse assunto de como é que funciona, porque tem que ter um acesso, não é possível. Eu não quero que o caixa eletrônico exclusivamente. Eu quero ter essa opção também com a gerente, ou assistente, não sei, quem for me atender no banco. Então tem essa opção. (CPR)

T: É frustrante você ir ao banco... (Regra 2)

C: Não. Frustr... (CPR)

T: ... e a gerente dizer que não dá pra ver a sua conta sendo que você mora em [cidade natal], né? (Regra 2)

C: Não, isso eu expliquei que eu tenho conta em [cidade natal], passei minha conta de [cidade natal]. Pra mim, na minha cabeça, tendo a minha conta de [cidade natal], ela consegue acessar a conta, ver algum detalhe ou outro que eu preciso de alguma informação. Porque o extrato eu tiro e acabou. Eu olhei lá o extrato, vejo alguma coisa, tem alguma despesa que tiraram. Então... Só que descontaram uma despesa que eu não conheço, não sei. E a moça também não tinha acesso a conta. Foi interessante, né? (CCR 2)

T: (risos) (TPR)

C: Como é que eu tenho extrato aqui... Como é que eu tenho extrato se eu não tenho acesso a minha conta? Não sei, não entendi. Talvez eu tenha entendido errado. Não sei. Ai, como eu vou pra [cidade

natal], vou conversar com a gerente e aí ver esses detalhes todos. E aí ver... Explicar pra ela, vou tá aqui em [cidade atual], os acessos, fora o caixa eletrônico, através da gerente como é que pode ser feito. Que não é possível. Como é que eu... (CCR 2)

T: Como é que eu vou viver? (TPR)

C: Não, eu posso viver, se eu for pro caixa eletrônico, vivo... (CCR 1)

T: (risos) ... sem a conta? (Regra 3-1)

C: ... com caixa eletrônico. Mas não é só isso que eu quero. (CCR 2)

T: Claro. Cês chegaram a discutir? (Regra 2)

C: Não. Eu... Cê fala... (CPR)

T: Ah, é... Assim... Discutir que eu falo não é gritar, mas assim... (Regra 2)

C: Não, não. Foi... (CPR)

T: "Viu, me explique melhor..." (TPR)

C: Não. (CPR)

T: "Sou de [cidade natal]". Enfim. (TPR)

C: Não, não. Eu questionei. Porque, primeira coisa eu me apresentei e falei da minha conta da agência [nome do banco]. Entrei em detalhes de [cidade natal]. Fiquei pensando "Bom, deixa eu explicar qual é a agência que eu tenho em [cidade natal] conta", tátátá, enfim. "Tá aqui meu cartão [nome do banco] com a minha conta". Enfim. Todos esses detalhes. De repente. Eu entendi isso. Achei estranho, achei estranho. Porque não é possível. Cê tá no mesmo banco, numa outra agência, numa outra cidade e a pessoa "Sabe... Não consigo enxergar a sua conta". Então talvez eu tenha entendido errado. Ou perguntei de uma forma mais... (CCR 2)

T: Não. Acho que não. (Regra 3-2)

C: Eu acho que aí é... Talvez seja... (CPR)

T: A ignorância [morador da cidade atual]. (Regra 2)

C: Não é [cidade atual], porque isso pode acontecer em alguma outra cidade, em [cidade natal] até, em uma outra agência. Não sei. Nunca me aconteceu isso. Eu já morei em outra cidade, ia no banco, tudo, que tinha conta aqui em [cidade natal]... (CCR 1)

T: Me diga, me diga Rafael, o que que você sentiu ao não dar certo? (Regra 3-1)

C: Ah, você fica "Pô, eu fui a pé daqui até lá, pra chegar na agência e ouvir um negócio desse". Quer dizer, eu falei "Pô, mas eu tenho conta aqui no banco a tantos anos". Eu nem sei. A mais de vinte anos eu tenho conta no [nome do banco]. Naquela agência lá na [nome do bairro]. Nossa. Então eu falei "Pô, pera aí, alguma coisa tá...". "Não, eu não consigo enxergar". Então não sei. Aí não quis discutir muita coisa. Falei "Não adianta, já não tá dando". Como eu olhei lá no caixa eletrônico falei "Bom, tudo bem". Se eu precisar fazer alguma outra coisa, esse é o meu objetivo, aproveitar minha viagem pra [cidade natal] pra conversar com a gerente. (CCR 2)

T: Dá vontade de falar palavrão, né? (Regra 3-2)

C: Não adianta... (CCR 1)

T: "Porra". (TPR)

C: Não, não adianta, eu não sou assim. Eu não explodo. (CCR 1)

T: Eu sei que você não é assim. (TPR)

C: Eu não explodo dessa forma, a não ser que me tire fora do sério. Aí é diferente. Mas eu não vou xingar ninguém. Nunca xinguei. (CCR 1)

T: Concordo. (TPR)

C: Nunca. (CPR)

T: Concordo não, digo, acho que realmente não. (TPR)

C: Não, não adianta. Você vai falar o que pra pessoa? (CPR)

T: Mas veja só... (TPR)

C: Agora, incompetência você tem em todos os lugares. E competência também. (CCR 2)

T: Você achou incompetente? (Regra 3-2)

C: Olha, pra mim essa coisa não faz muito sentido... (CCR2)

Participante 2 – Lucas (nome fictício)Identificação do cliente:

Ao iniciar a psicoterapia, Lucas (36), natural de uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo, era coordenador de uma linha de produção em uma empresa da região e graduando em Administração de Empresas por uma faculdade particular. Lucas havia rompido um relacionamento afetivo há sete anos, do qual tinha uma filha (10). Quando a pesquisa foi iniciada, o participante mantinha um relacionamento há seis anos com uma companheira (33), do qual foi gerada sua segunda filha (2).

Lucas morava na residência dos seus pais desde que terminou o primeiro casamento e, pensando em auxiliar a segunda companheira a superar determinados problemas particulares, a convidou para morar em sua casa, o que se mantinha até o início do processo terapêutico. Outras pessoas que poderiam ser relevantes, como o irmão do participante, foram relatadas de maneira infrequente.

Era a primeira vez que Lucas buscava tratamento para dependência de substâncias psicoativas.

Queixa:

Rotina profissional comprometida em consequência de se manter usando crack na rua.

História de Contingências de Reforçamento:

Lucas iniciou seu consumo de álcool e maconha aos treze anos de idade, mas foi aos dezoito anos que experimentou a cocaína e “usava no final de semana direto”. Quando começou um trabalho em escala (dias alternados), consumia nas folgas e antes de ir trabalhar. Aos vinte três anos, um parente da primeira esposa ofereceu crack e naquele dia teve seu primeiro contato com a substância. O período durou dois anos e, conforme o relacionamento do casal prosseguia, o uso de crack cessou.

Sete anos depois, após diversos conflitos entre o casal, o relacionamento foi interrompido (o cliente começou a trabalhar em outra cidade, usar cocaína e trair a esposa. Por sua vez, a mulher começou a se comportar de maneira pouco confiável, conversando com outro homem por email, até que o cliente tivesse acesso as mensagens). Lucas retornou a residência dos pais, ficou seis meses

solteiro e novamente despertou interesse pelos ambientes do seu passado, convivendo com traficantes e usuários de substâncias. “Andava com eles, carregava drogas, bebia em um bar, ficava conversando”. Nessa época retomou o uso de crack. Lucas relatou que “não queria estar fazendo aquilo, mas estava se sentindo sozinho”. Quando conheceu a atual companheira, conseguiu diminuir a frequência de crack (uma vez por mês), mas progressivamente aumentou (quinzenalmente, semanalmente, duas vezes por semana etc), até que “perdeu o controle”. Durante as sessões também expôs que namorava devido “se sentir sozinho e querer esquecer a primeira mulher”, para somente mais tarde começar gostar dela “de verdade”.

É possível traçar um paralelo entre as oscilações no uso de droga (cocaína ou *crack*, aumento ou diminuição de frequência) a partir das interações sociais que o cliente mantinha. Não obstante tivesse constituído uma família com a segunda companheira, o padrão dependente se desenvolveu em Lucas, em parte devido as recorrentes situações aversivas entre os cônjuges que indisponibilizaram reforçadores positivos de origem social e afetiva. O fato repetiria o que ocorreu no primeiro relacionamento, quando o consumo de substâncias piorou em meio a conflitos e separações.

Quais eram as dificuldades que o cliente apresentava que comprometiam o estabelecimento de relacionamentos interpessoais e contribuía com a intensidade da sua dependência? Na primeira fase da terapia, o terapeuta observou o comportamento do cliente em sessão e analisou seu relato verbal, levantando hipóteses dos seus possíveis comportamentos-problema que poderiam ser alvo da FAP. O comportamento selecionado para a pesquisa foi o estabelecer relação entre eventos inefetivo, que aconteciam em dois momentos e produziam diferentes sentimentos: raiva e vergonha.

No primeiro contexto, o comportamento de “estabelecer relação entre eventos” é exemplificado quando o cliente disse sentir raiva de um profissional da equipe, pois estava esperançoso sobre sua saída antecipada da clínica e não entendeu por qual motivo não poderia fazê-lo. Isso sinalizou uma dificuldade em relacionar as contingências de reforçamento que estavam atuando sobre o comportamento do profissional e a negação que recebera. Comportamento funcionalmente semelhante ocorria na relação com a esposa, quando o cliente relatava não compreender as reclamações dela sobre o cuidado com a filha, já que ele acreditava estar contribuindo com as tarefas. Na realidade, Lucas acabava priorizando outras atividades e deixava a esposa sobrecarregada, sem perceber. Isso gerava um conflito entre os dois, fazendo com que ambos experimentassem sentimentos de incompreensão e irritação.

Para melhor entendimento desta dificuldade, o terapeuta investigou a história de contingências de reforçamento de Lucas. Durante a infância e a adolescência seu pai “lhe dava tudo o que ele queria”

e “era só pedir que ele dava um jeito”. “Eu pedi uma moto e ele me deu, eu quebrei e ele mandou consertar”. Os privilégios que o pai despendia ao filho tinham possível função reforçadora positiva contingente a pedidos por reforçadores imediatos. O contexto desfavoreceu com que o cliente ficasse sob controle de outras variáveis que não os reforçadores que ele poderia obter – prejudicando sua capacidade de estabelecer relação entre eventos, como as contingências que influenciavam os comportamentos de terceiros, principalmente quando o ambiente social negava ou impedia o acesso a reforçadores.

No segundo momento, o comportamento selecionado produzia sentimentos de vergonha e inferioridade. Lucas descreveu sentir que poderia “errar” durante as reuniões da clínica, “falar alguma besteira” e mesmo em intervalos de descontração com os colegas, havia parado de brincar para “não magoar quem estava se tratando”. Nas orientações familiares (em conjunto com os residentes), preferia se ausentar a entrar em uma discussão e estar equivocado. O cliente relacionava suas verbalizações a possível punição social que poderia sofrer, sem levar em consideração as contingências de reforçamento que controlaram o comportamento de punir dos participantes da reunião.

Retomando a sua história, o mesmo pai que garantia reforçadores materiais, parecia ser emocionalmente distante. “Acho que ele me dava tudo para compensar a ausência”. O cliente relatou uma interação com empobrecimento de contingências de reforçamento que pudessem produzir sentimentos de autoestima e autoconfiança em situações sociais, que eram trocados por violência, abuso de álcool e comparações com o irmão, como por exemplo: “você deveria economizar igual ele” e “ele se deu bem na vida e você se envolveu com drogas”. Apesar de se revoltar com essas regras (fruto da primeira dificuldade descrita), sentia que estava errado (o pai não reforçava suas opiniões e conduta). O produto dessa história foi o cliente ter uma avaliação negativa sobre si e seu próprio comportamento.

No momento em que iniciou o processo terapêutico, Lucas ponderava sobre um possível divórcio por se sentir irritado e incompreendido nas discussões com a família (não percebendo como seu comportamento impactava os demais e sobre quais estímulos eles estavam respondendo) e envergonhado em reuniões na clínica (sem ter certeza de que estava sendo claro em suas apresentações e como o outro estava entendendo).

Sistematização dos Comportamentos Clinicamente Relevantes:

Assim como o primeiro participante, a FAP foi aplicada como um tratamento adjunto dentro de um pacote terapêutico mais amplo, visando desenvolver o repertório interpessoal do cliente em sessão e, conseqüentemente, melhorando suas interações extrassessão. Reforçadores sociais e afetivos eram importantes para o cliente, porém ao ficar sob controle de certos pontos da relação (por exemplo, reforçadores para ele) e pouco sob controle de outros aspectos (por exemplo, reforçadores e aversivos para o outro), a relação se tornava conflituosa. Instâncias do comportamento-problema ocorriam em sessão quando o cliente exibia dificuldade em fazer uma conexão entre as contingências de reforçamento e os comportamentos e sentimentos do próximo, pré-requisito necessário para que ele conseguisse agir efetivamente com as pessoas. Desta forma, sua dificuldade em estabelecer relações entre eventos foram conceituados como CCRs do tipo 1.

CCR 1 – baixa qualidade em relacionar eventos - irritação: sem perceber, o cliente descrevia responder mais sob controle de reforçadores para si em detrimento de reforçadores e aversivos para o outro; dizia não compreender ou fazia relações improváveis entre contingências e os comportamentos de terceiros; concluía que limites impostos para seu comportamento estavam “errados” sem analisar o motivo que levou a receber tais limites; discordava da posição do terapeuta sem analisar o que estava sendo dito.

Exemplo 1:

“C:Então, ficou uma coisa meio estranha. O profissional é uma conselheira aqui. Ela sempre demonstrou ser “mãezona” e tal, mas eu vi que não foi assim que ela se mostrou pra mim. Porque teve uma vez que eu pedi pra sair uma semana antes, ela não cedeu. Aí o simples fato de eu ter passado por cima dela, porque eu queria sair uma semana antes, simplesmente ela foi e eu me senti descartado. Esse negócio de chegar e pegar a chave. Então ela seleciona bem as pessoas que ela quer estar ajudando mesmo. Que quer estar junto. Então, pra mim, acho que é melhor manter distância de pessoas assim. Então, dessa forma aí não tem como viver em um ambiente assim, estando junto de pessoas assim, hipócritas. Pra mim é hipocrisia isso daí.” (CCR1)

Exemplo 2:

“C: Então, eu tenho comentado na reunião de sentimentos que no final de semana que eu fui eu fiquei meio irritado com algumas situações. Meu pai ele... Bem, penso eu né, é aquele ditado: “de psicólogo

e louco todo mundo tem um pouco"... ao mesmo tempo ele quer... às vezes ele quer falar algumas coisas e são algumas coisas que eu estou aprendendo aqui dentro, né? Quer dizer, estou reparando, né? Aqui dentro. No caso eu sei, mas algumas coisinhas dá pra mudar o modo de ver. E eu me irrita com isso daí. Não sei se é o fato de ele ter sido um dependente de álcool, não sei se isso é relacionado, mas enfim. Com ele eu já não consigo... eu já estouro” (CCR1)

Exemplo 3:

“C: É, Antes um pouco, não... sim... que ele estava tipo assim indo num grupo de oração, ele falava que eu tinha que ir num grupo de oração. Como, né, lógico...mesmo... por... poder superior em primeiro lugar... mas como se eu vivesse uma vida tranquila que nem a dele, tipo "ah, você tem tempo de sobra." Tipo meio regradar a vida da gente. Ai eu falo "ah, na hora que der eu vou, tal" E sempre... Eu achei meu pai, depois que ele descobriu isso daí, muito manipulador. Pelo simples fato... pelo simples fato... pelo grande fato de eu estar morando no fundo da casa dele, né? Então ele tá fazendo essa forma. Acho que se eu estivesse limpo, se eu não tivesse entrado nesse mundo acho que não estaria dessa forma.”(CCR1)

O segundo comportamento clinicamente relevante ocorria em situações sociais onde o participante não relacionava contingências de reforçamento do comportamento de terceiros e seu próprio comportamento, resultando em sentimentos de vergonha. Amostras do comportamento-problema em sessão aconteciam quando o cliente descrevia se sentir rebaixado ou inferior por ter suas opiniões punidas em público, mas sem entender por qual motivo. Isso acaba o afastando das pessoas e consequentemente de possíveis reforçadores importantes.

CCR 1 – baixa qualidade em relacionar eventos - vergonha/inferioridade: o cliente experimentava sentimentos de inferioridade em relação aos outros, não ficando sob controle de contingências de reforçamento para fazer comparações, apenas produtos de comportamentos (“ele é melhor porque tem mais dinheiro e não porque trabalhou mais”); não tinha certeza se estava sendo compreendido; acreditava que estava usando palavras erradas para se expressar quando tinha seu relato punido.

Exemplo 1:

“C: Tranquilo. Graças a Deus. Tranquilo. Final de semana foi tranquilo, e... Só no sábado, vim no sábado na reunião, ficou uma coisa assim meio... Que que acontece? Às vezes eu falo alguma coisa

assim, e creio eu que eu ajo... eu ajo de uma, pela razão, alguma coisa impulsiona assim, por impulsão assim. Não sei se é o termo certo, é... Não pelo conhecimento, pela emoção, é mais pela impulsão. Depois que eu me arrependo, aí já fica um pouco mais tarde, né? Eu vi em mim que eu tenho que controlar mais isso daí. Não já... falar assim o que vem na cabeça, pensar mais antes de falar. Falei alguma coisa na reunião que não soou bem, tanto pra quem tava falando e depois, na hora que eu tava revendo o que eu tinha dito, não foi, não foi legal. Mas no fim eu acabei resolvendo, depois eu conversei com a minha mulher, na realidade, o ponto alto meu é minha mulher, que vive comigo. Que os outros ficaram, é... é... tipo assim... o que as outras pessoas ficaram falando depois de mim já não me importa muito. (tosse) Antes me importaria mais, mas...” (CCR1)

Exemplo 2:

“C: Não, É... eu falo... porque tá bem. Mas algumas coisinhas tem, né? Falo bem pra confortar ele (risos), mas não que eu esteja sofrendo aqui dentro, né? Às vezes acontece de eu estar um pouco nervoso em alguma reunião. Discernimento de uma coisa para outra... Que nem a [profissional da instituição] passou uma tarefa lá de "personalidade e valores morais". Aí acho que eu me confundindo nos dois ali, acho que eu nunca prestei atenção nisso, né? E acabei me confundindo. Ai gera um incômodo, né? É isso que acontece, coisa básica.”(CCR1)

Exemplo 3:

“C: Ah, me sentiria inferior pelo poder aquisitivo dele. Porque ele pode destruir um monte de carro e eu não posso. Sei lá, acho que é isso.”(CCR1)

Ao contrário do padrão descrito como CCRs do tipo 1, os CCRs2 se relacionavam a maior qualidade no estabelecimento de relações entre eventos, quando o cliente conseguia descrever as contingências de reforçamento que controlavam o comportamento de terceiros.

CCR 2 – melhor qualidade em relacionar eventos – compreensão: o cliente percebia que estava respondendo mais sob controle de reforçadores para si em detrimento de reforçadores e aversivos para o outro; fazia relações prováveis entre contingências e os comportamentos de terceiros; concluía que o limite imposto para seu comportamento poderia estar “correto” a depender do que havia feito; concordava ou levava em consideração o posicionamento do terapeuta ou os motivos de tal posição.

Exemplo 1:

T: Então são duas situações diferentes. Podem bater, mas são duas situações diferentes, não são?(Regra 2)

C: Sim, são duas coisas diferentes.(CCR2)

T: Tá, então vamos dividir bem, senão parece que é a mesma coisa.(Regra 3-2)

C: Tá, entendi.(CPR)

T: O que você acha que seu chefe pensaria de você se você falasse que tem que consertar a máquina?(Regra 2)

C: Se eu falasse pro presidente? O que meu chefe ia pensar?(CPR)

T: O que o presidente ia pensar.(Regra 2)

C: Ele ia acusar outro, o meu gerente, por não saber daquilo. Porque, no caso, já foi falado com o meu gerente a respeito do problema. Então ele questiona que eu tenho superior, o gerente da produção. Eu falo: ‘olha, dessa forma aqui não dá para produzir a meta. Não dá. Ai ele fala ‘ah, se vira lá’. Beleza. Que eles chamam de se vira lá? Hora extra, trabalhar no final de semana, estender mais o turno de alguém para produzir. E sabe que ta ruim. Aí tenho a oportunidade de falar isso pro presidente. Aí se eu falar pro presidente, que não seria nem pro presidente, seria um acima, seria o diretor. Se eu falasse pro diretor, o ele ia me cobrar. Ia vir e dar uma pancada em mim. ‘Pô meu, mas você foi falar uma coisa que a gente já estava vendo?’. Que na realidade não estava vendo. Foi uma coisa que eu coloque a limpo pra ele, mas foi uma coisa que ele não tomou nenhuma atitude.” (CCR2)

Exemplo 2:

“C: Da mamadeira. Ela tava passando roupa... No sábado à noite. Ela tava passando roupa... não. Não tava passando roupa. Ela tava mexendo nas caixinha, printando as caixinha, e a menina tava pulando pra um lado e pro outro, tava meio... e eu percebi que a menina tava com fome, tava ficando com fome. (CPR)

T: Como você percebeu isso? (Regra 2)

C: Que ela fica irritada, que nem o pai. (risos) (CCR2)

T: (Risos) (TPR)

C: Ela fica irritada. Aí ela começa a ficar irritada, aí ela fica “mamãe, mamãe, mamãe”. Aí ela pegou, terminou, ela falou assim ‘vou dar uma parada aqui, que eu vou colocar a menina pra dormir’. Só que eu vi que nessa hora eu tinha que fazer alguma coisa pra... daí ela falou assim ‘ela ta querendo ficar comigo’. Realmente, eu fui brincar com ela, ela já tava meio bravinha comigo, e... aí ela pegava e... eu peguei e falei ‘você quer que eu faça alguma coisa pra ajudar? Que ela ta querendo ficar com você’” (CCR2)

CCR2 – melhor qualidade em relacionar eventos - igualdade: o cliente ficava sob controle da história e das contingências de reforçamento atuais para se comparar com terceiros, não apenas produtos de comportamentos; demonstrava maior clareza se estava sendo compreendido; confiava em sua maneira particular de se expressar.

Exemplo 1:

“C: É, deixando a parte financeira eu acredito que eu esteja melhor. (CCR2)

T: Por que? (Regra 3-2)

C: Porque é uma forma de experiência minha. Eu acredito que se eu sair dessa empresa eu vou correr atrás de outra e vou conseguir um outro emprego. E ele se ele perder esse ele vai ter que é... esperar de terceiros pra arrumar uma oportunidade pra ele, porque ele não tem experiência de vida pra conquistar um emprego como o que ele está hoje.” (CCR2)

Exemplo 2:

“C: Sim. É, na realidade eu não fiquei tanto assim com ele. Foi só o espanto. Vinte carros e tal. Mas essa história assim por trás eu vi que realmente fico naquela minha racionalizada: o que vem fácil vai fácil. Então... não do suor. (CCR2)

T: Faça uma comparação agora, você com ele. Não o que você tem acesso, e sim da sua vida, do que você faz, com ele. (Regra 2)

C: Ah, fica melhor. (CCR2)

T: Quero mais. Explica, compara... Quero mais. (Regra 3-2)

C: Ah, eu estou trabalhando, eu tenho minhas filhas, tenho uma mulher com quem eu me relaciono, meu relacionamento tá bom, eu tenho um carro que eu pago. Já estou pensando mais pra frente em comprar uma casa, já estou pagando umas dívidas aí e tal...”.(CCR2)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes da apresentação dos resultados e discussão do estudo, se faz necessário retomar as decisões metodológicas envolvidas durante a coleta de dados. Kazdin (2003) descreve que os delineamentos experimentais de caso único têm como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção sobre o comportamento dos participantes, tomando as medidas necessárias para eliminar explicações alternativas oriundas de variáveis não controladas. Os delineamentos podem ter diferentes arranjos, mas devem satisfazer três requisitos para melhor inferência do impacto das VIs sobre as VDs: a) avaliação contínua (registro do comportamento do participante ao longo do tempo), b) linha de base (compreensão do problema do cliente antes da intervenção) e c) estabilidade dos dados (variabilidade e tendência do comportamento). Esses itens tem o propósito de deduzir como seria o comportamento dos participantes caso a intervenção não ocorresse (qual seria a frequência, variabilidade e tendência no decorrer do tempo). Desta forma é possível comparar a mudança ocorrida nas condições experimentais, quando as VIs estão presentes, com a previsão do pesquisador, e concluir com maior confiança se a variável manipulada foi responsável pelas diferenças observadas entre as fases.

As pesquisas em FAP do LTC-USP cumprem esses parâmetros (Fonseca, 2016; Geremias, 2014; Lima, 2017; Lovo, 2017; Mangabeira, 2014; Moreira, 2016; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015; Xavier, 2014). A avaliação contínua acontece mediante a sistemas de categorização de sessões transcritas (FAPRS – Callaghan & Follette, 2008; Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica – SiMCCIT – Zamignani, 2007) e instrumentos de medida para alterações extrassessão (nos estudos de Lima, 2017; Moreira, 2016; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015; Xavier, 2014), possibilitando o registro da frequência das VDs na linha de base e nas demais fases do delineamento. Esses registros também permitem que se avalie a estabilidade dos dados antes que aconteça a mudança de fase. Caso os dados estejam instáveis, é possível realizar atendimentos adicionais até que se tenha um retrato mais concreto da tendência e variabilidade das VDs para posteriormente introduzir ou retirar a VI em questão. Por exemplo, na pesquisa de Geremias (2014), inicialmente foi previsto que cada fase experimental seria composta de no mínimo três sessões, porém na quarta sessão de cada etapa (linha de base e FAP), observou-se instabilidade no comportamento do participante e a pesquisadora decidiu ampliá-las para cinco sessões. Com uma melhor visualização na tendência das VDs, houve a mudança de fase.

Para que ocorra um registro sistemático da linha de base e uma verificação semanal da estabilidade dos dados, é necessário que as variáveis dependentes sejam classificadas previamente. Neste caso, que a identificação de CCRs e Os do cliente ocorram antes da linha de base para que o pesquisador possa categorizar semanalmente as sessões desde a primeira gravação. Os estudos do

LTC-USP tiveram etapas de conceituação de caso por um período longo (Geremias, 2014; Oshiro et. al., 2012; Villas-Bôas, 2015), devido o ambiente de atendimento que os clientes estavam submetidos (consultório). A única delimitação de tempo era imposta pelo prazo da pós-graduação, o que garantia ao pesquisador executar a formulação do cliente antes que houvesse qualquer registro dentro das fases experimentais. No presente estudo, o tempo foi um fator marcante. Diferente das outras pesquisas, havia um prazo de quatro meses para que a coleta acontecesse, caso contrário os participantes poderiam ter alta e o pesquisador não poderia mantê-los internados. A decisão tomada para viabilizar a pesquisa foi realizar a conceituação dos casos em conjunto com a linha de base, desta forma, o terapeuta gravou as sessões de terapia enquanto analisava funcionamento os atendimentos e, quando tinha um quadro mais consistente sobre os CCRs do residente, a fase FAP se iniciava. Isso não permitiu que as sessões fossem categorizadas semanalmente e que a estabilidade dos dados servisse de guia para a pesquisa. De qualquer forma, caso após o encerramento da coleta e das categorizações os dados revelassem estabilidade – mesmo que não controlada – ela poderia servir como critério de análise para inferir os efeitos da psicoterapia sobre o repertório dos clientes.

A seguir são apresentados os resultados da análise de 11 sessões de psicoterapia realizadas com o pesquisador-terapeuta com cada um dos participantes, Rafael e Lucas, totalizando 22 sessões de atendimento. Foram categorizadas as sessões 1, 3, 6, 9 e 12 da Etapa I – Conceituação de caso e Análise de Contingências Externas e as sessões 13, 14, 15, 16 e 17 da Etapa II – FAP do participante Rafael e as sessões 1, 3, 5, 7 e 10 da Etapa I e sessões 11, 12, 13, 14 e 15 da Etapa II do participante Lucas. Também houve uma sessão de acompanhamento três meses após o encerramento da segunda etapa do delineamento para averiguar a manutenção das mudanças em ambos os clientes.

A escolha por analisar pontos específicos da coleta se deu previamente às categorizações. Foram escolhidas sessões que perpassassem toda a Etapa I, na tentativa de ampliar a compreensão sobre a variabilidade dos comportamentos dos participantes antes do início da Etapa II. A partir da inserção da FAP, foi decidido categorizar cinco sessões em sequência, promovendo uma melhor visão do seu efeito continuado.

Conforme a Tabela 3, foram categorizadas ao todo 3757 (três mil setecentos e cinquenta e sete) unidades de análise referentes às interações verbais ocorridas entre terapeuta e cliente para o participante Rafael e 3229 (três mil duzentos e vinte e nove) unidades de análise para o participante Lucas.

Tabela 3 – Número de sessões e quantidade de falas analisadas em cada uma das fases do delineamento experimental

Delineamento	Conceituação e Análise de Contingências Externas	FAP	Acompanhamento	TOTAL
Sessões Rafael	5	5	1	11
Falas Rafael	1621	1793	343	3757
Sessões Lucas	5	5	1	11
Falas Lucas	1244	1749	236	3229

Em conformidade com os objetivos do projeto, os dados serão apresentados na seguinte ordem: os comportamentos dos dois participantes que ocorreram em sessão e foram alvos de intervenção – comportamentos de melhora, comportamentos-problema e verbalizações sobre as variáveis funcionais dos próprios comportamentos; os comportamentos de intervenção do terapeuta em relação aos comportamentos dos clientes – responder a comportamentos de melhora ou comportamentos-problema; o comportamento do terapeuta em sessão e o seguimento da interação lógica da FAP (Weeks et al., 2012) a partir da segunda etapa do delineamento; o comportamento de evocação do terapeuta em relação aos CCRs 1 e 2; os comportamentos da díade terapêutica em colaborar com o progresso da sessão e focar na relação terapêutica; a discussão de comportamentos de melhora e problema que ocorrem fora da sessão; a sessão de acompanhamento; e os resultados dos instrumentos de medida extrassessão para sintomas psiquiátricos e uso de substâncias.

A Figura 3 apresenta o percentual de comportamentos-problema, comportamentos de melhora e descrições verbais das variáveis funcionais do comportamento emitidos pelos participantes ao longo das duas fases do delineamento quase-experimental. Ambos os participantes (Rafael no painel superior e Lucas no painel inferior) apresentaram taxa elevada de CCRs1 e baixa porcentagem de CCRs2 e CCRs3 na fase de linha de base, porém a partir da introdução da variável do presente estudo (FAP), as porcentagens de CCRs1 diminuíram e as de CCRs2 aumentaram, o que não ocorreu para os CCRs3.

Figura 3: Porcentagem de CCRs1 (comportamentos-problema), CCRs2 (progressos terapêuticos) e CCRs3 (análises funcionais do próprio comportamento) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior).

Sobre os CCRs1, a porcentagem emitida pelo participante Rafael (painel superior) nos cinco pontos de coleta na primeira fase foram de 15,71%, 15,82%, 14,49%, 12,17% e 11,91%, respectivamente, enquanto foram registrados 3,47%, 6,54%, 4,72%, 2,76% e 5,29% para as sessões da segunda fase. É possível verificar que a mudança no comportamento do participante acompanhou a introdução da variável independente do estudo: estes passaram de 11,91% dos comportamentos do cliente em sessão (sessão 12) para 3,47% na sessão seguinte (sessão 13), porém a tendência observada

entre a sessão 1 (15,71%) e a sessão 12 (11,91%) já sinalizava uma diminuição na frequência dos comportamentos-problema. Como descrito anteriormente, se o pesquisador-terapeuta possuísse mais tempo para realizar as conceituações de caso – e consequentemente pudesse ter registrado a frequência dos CCRs semanalmente – ele optaria por prolongar a primeira etapa com a pretensão de obter uma melhor estabilidade da tendência dos CCRs1, auxiliando na inferência dos efeitos da FAP sobre o repertório do participante. A natureza do delineamento não permitiu deduzir se essa alteração já ocorreria sem a introdução da VI, mas deve-se levar em consideração a magnitude e a manutenção da mudança observada na fase FAP. A porcentagem média de CCRs1 foi menor nesta fase (4,55%) em comparação a fase ACE (14,02%) e essas modificações se mantiveram durante todos os cinco pontos da segunda etapa (sessão 13= 3,47% e sessão 17= 5,29%). A replicação entre sujeitos da pesquisa e a ação da FAP em estudos já conduzidos também servirão de referência para deduções a respeito do seu efeito e serão discutidos mais tarde nessa seção.

Em relação a porcentagem de CCRs2, o participante Rafael emitiu 1,9%, 0,67%, 1,44%, 1,7% e 0,99% na primeira fase e 6,94%, 7,63%, 8,33%, 5,77% e 7,83% na segunda fase. Os progressos terapêuticos ficaram mais evidentes do que a diminuição nos comportamentos-problema, passando de 0,99% na última sessão da fase ACE para 6,94% na fase FAP. Os comportamentos de melhora continuaram a ser emitidos em maior frequência do que os comportamentos-problema em toda a Etapa II do delineamento até a última sessão, quando foi registrado uma porcentagem de 7,83% para os CCRs2.

A Figura 3 não aponta nenhuma ocorrência de verbalizações do cliente sobre as variáveis controladoras do seu comportamento, os CCRs3, em nenhuma das fases do experimento. Três pontos são levantados sobre essa questão: o primeiro se refere a história de contingências de reforçamento de Rafael. Como exposto na conceituação de caso, seu pai apresentou um modelo de “comportamento reservado” e provavelmente não foram criadas condições para que o cliente discriminasse aspectos do seu comportamento e as contingências das quais ele era função, em outras palavras, o ambiente familiar não fez perguntas a respeito das variáveis antecedentes e consequentes relacionadas ao repertório do participante (Skinner, 1945), o mantendo em uma condição de reforçamento livre e isolamento social. O segundo ponto se refere a estratégia do pesquisador-terapeuta após descrever a racional da FAP nas primeiras sessões de atendimento. Quando o terapeuta verbalizou que repertórios interpessoais poderiam ser desenvolvidos em sessão e que estes se relacionavam com o beber demasiado do cliente (fala classificada como TTR nas categorizações), o cliente não compreendeu a relação que o terapeuta estabeleceu, possivelmente porque, além do primeiro ponto descrito acima, no período inicial de terapia seus CCRs1 tinham adquirido uma nova função – aumentar a probabilidade de sair da clínica, retornar a casa dos seus pais e ganhar acesso aos antigos privilégios.

Desta forma, o terapeuta optou por modelar os comportamentos-alvo do cliente sem descrever as contingências em sessão (FAP não-sinalizada, como descrito em Mangabeira, 2014), diminuindo a probabilidade que o cliente se esquivasse. Mais tarde, se a intervenção obtivesse sucesso (o cliente emitisse respostas interpessoais efetivas, produzisse reforçadores positivos em suas relações fora da sessão e experimentasse sentimentos mais agradáveis com pessoas e atividades alternativas), o terapeuta poderia retomar a ideia de que o novo repertório estaria influenciando positivamente a vida do cliente (“como você está se sentindo agora que tem mais amigos?”, “como é ter atividades sociais diferentes das que você costumava ter?”, “você percebeu alguma diferença na sua vontade de beber?”). Felizmente há evidências que a consciência do cliente não é necessária para que haja a modelagem direta (Villas-Bôas, 2015), como foi observado com o aumento de CCRs2 na segunda etapa. O terceiro ponto é uma consequência do segundo e alude a baixa frequência de Regras 5 (discussão de variáveis controladoras do comportamento do cliente e estratégias de generalização) que poderia ter favorecido o desenvolvimento dos CCRs3 e será discutido adiante, quando expormos os dados do comportamento do terapeuta.

Sobre os dados referentes aos CCRs1 do segundo participante, Lucas (painel inferior) apresentou as porcentagens de 9,12%, 10,18%, 11,34%, 9,18% e 10,04% nos cinco pontos de coleta da primeira Etapa e 7,78%, 9,42%, 4,17%, 1,45% e 3,8% na segunda Etapa. As porcentagens de CCRs2 foram de 0%, 0,72%, 1,06%, 1,53% e 0,41% na primeira Etapa e 5,83%, 11,23%, 9,55%, 8,25% e 9,2% na segunda Etapa. A primeira ocorrência de CCRs3 foi registrada na última sessão da primeira fase, sendo 1,25%, e na segunda fase 0,72%, 0,72%, 0,28%, 0,72% e 0,63%. Vale ressaltar que os dados de Lucas seguem os critérios de estabilidade de Sidman (1960), pois não houve modificações na tendência e variabilidade na frequência das VDs que comprometessem a visualização do possível efeito da VI (por exemplo, o declínio de CCRs1 durante a linha de base, como ocorreu para o primeiro participante). Em concordância com os parâmetros propostos para delineamentos de caso único (Kratowill et al., 2013), essa replicação entre os sujeitos do estudo colabora para a maior validade dos dados do primeiro participante (Sidman, 1960), pois informa que a mesma variável manipulada produziu efeitos compatíveis em um novo contexto, portanto os mesmos processos comportamentais podem estar presentes. Adiante será exposta uma comparação entre os dados dos dois participantes e pesquisas relevantes da área.

Semelhante ao primeiro participante, foi observada a diminuição de comportamentos de Lucas a partir de sua exposição a FAP (não tão proeminente para os comportamentos-problema), tendo os CCRs1 diminuído de 10,04% da última sessão da primeira fase experimental (sessão 10) para 7,78% para a primeira sessão da segunda fase (sessão 11). Ao final da coleta, os comportamentos-problema equivaliam a 3,8% do total de respostas do cliente em sessão e os progressos terapêuticos 9,2%.

Apesar da diminuição dos CCRs no início da fase FAP, diferente do participante 1, os comportamentos do participante 2 não foram diminuídos na primeira sessão da Etapa (sessão 11), apenas na sessão seguinte (os CCRs1 continuavam com uma frequência maior do que os CCRs2). Levantou-se a hipótese de que os dados concerniam ao comportamento clinicamente relevante que estava sendo alvo da intervenção. A modelagem do repertório de estabelecimento de relações entre eventos mais efetivas não poderia ocorrer em uma única sessão, pois o cliente deveria emitir uma série de relatos para que o terapeuta tivesse oportunidade de progressivamente modelá-los. Em sua dissertação de mestrado, Simões (2014) estudou o efeito de metáforas sobre o repertório de estabelecimento de relações de um cliente ansioso. Tomada as devidas particularidades das VIs, o pesquisador descreveu um produto semelhante ao observado com Lucas, onde a verbalização de relações ocorria atrasada ao momento em que a VI era introduzida.

A diminuição dos CCRs de Lucas efetuou-se no segundo ponto de coleta da fase FAP. Apesar da frequência de CCRs2 transpor a de CCRs1, a sessão chama a atenção pelo aumento de CCRs1 em relação ao ponto anterior (sessão 11 – 7,78% e sessão 12 – 9,42%), chegando a ultrapassar a frequência de CCRs1 emitida por Lucas em dois pontos da Etapa Análise de Contingências (sessão 1 – 9,12% e sessão 7 – 9,18%). Foi hipotetizado que a natureza da sessão FAP evocaria maior número de CCRs (de ambas as classificações) em relação a etapa ACE, o que possibilitaria a modelagem direta de comportamentos-alvo pelo terapeuta. O indicativo de coerência dessa suposição é que a sessão 11 também apresenta o maior número de CCRs2 de todos os pontos de coleta (11,23%), indício de que a interação terapêutica estava sendo efetiva em a) evocar respostas verbais de relacionar eventos e b) modelar relações entre eventos mais eficazes. Nas sessões 13, 14 e 15, os CCRs1 alcançaram níveis menores, sendo 4,17%, 1,45% e 3,8% respectivamente, enquanto os CCRs2 se mantiveram no mesmo nível, 9,55%, 8,25% e 9,2%. A relação dos CCRs com o manejo clínico será detalhada ao serem apresentados os dados a respeito do comportamento do pesquisador-terapeuta em sessão.

Ainda sobre o participante Lucas, um efeito semelhante ocorreu na coleta de dados na tese de Villas-Bôas (2015). Quando a FAP foi introduzida, não foi observada a reversão imediata dos CCRs, mas ao decorrer da terapia foi registrada a melhora que persistiu até a última sessão. Por se tratar de um processo de modelagem (Catania, 1999), pode ser necessário analisar os resultados no percurso dos atendimentos, ao invés de uma comparação entre as sessões (último ponto de uma etapa e o primeiro da etapa posterior).

Para Lucas, os CCRs3 ocorreram antes da VI ser inserida no processo terapêutico e foi registrado uma frequência ligeiramente maior desta categoria ainda na fase TAC (sessão 10 – 1,25%) do que na fase FAP (maior frequência nas sessões 11, 13 e 14 – 0,72%). Analisando a transcrição do

atendimento, observou-se que nesse encontro o terapeuta estava explorando a relação entre Lucas e seu cônjuge, perguntando sobre os conflitos de relacionamento que eles experimentavam em seu cotidiano. Um dos possíveis motivos para o registro da categoria CCR3 na sessão foram as pontuações do pesquisador que, apesar de que não serem evocativas (Regra 2) para a emissão de relações entre as contingências de reforçamento e o comportamento de sua esposa (CCRs2), provavelmente produziram certa consciência sobre o comportamento do participante, sendo categorizados como CCRs3, como exemplificado em “*eu vejo um lado egoísta meu nessa parte*”. O pesquisador-terapeuta optou por categorizar as verbalizações como CCRs3 pois, apesar de serem relações funcionais (CCRs2 para a conceituação de caso), estavam vinculadas a como o participante estava se observando e não como interpretava as ações de terceiros. Essa diferença foi discriminada na classificação de comportamentos. Uma discussão adicional sobre os CCRs3 do participante Lucas será proposta quando descrevermos os dados das cinco regras terapêuticas da FAP, mais especificamente a Regra 5.

Pode-se estabelecer uma semelhança entre os efeitos da introdução da FAP sobre os CCRs de Rafael e Lucas e os achados na literatura da área. Por exemplo, na dissertação de Geremias (2014), encontramos uma porcentagem média de 28,1% de CCRs1 e 4,7% de CCRs2 na fase ACE, enquanto na fase FAP, os números se revertem para 17,4% e 24,6% respectivamente, tendo um registro de 8,3% de comportamentos-problema para a última sessão desta etapa. A variável independente foi responsável pelo aumento de frequência de comportamentos de melhora e a diminuição gradual dos comportamentos-problema, o que foi empiricamente verificado quando se retirou a FAP e os CCRs1 voltaram a ser mais frequentes na relação terapêutica. O mesmo efeito foi percebido em diferentes clientes (Lima, 2017; Mangabeira, 2015; Oshiro et. al., 2012). A equivalência com os dados apresentados se encontra na passagem para os atendimentos FAP, não podendo ser confrontados com sua retirada por ser tratar de um delineamento quase-experimental, contudo fortalecem a relação estabelecida entre a VI e as VDs da pesquisa.

Há uma diferença entre o presente estudo e os anteriores envolvendo FAP no LTC-USP (Geremias, 2014; Mangabeira, 2015; Oshiro, 2011) em relação ao nível de CCRs em sessão. Aqui, a proporção média de CCRs nas etapas foi menor se comparada as pesquisas realizadas. Por exemplo, Rafael emitiu 15,71% de CCRs1 e 1,9% de CCRs2 na primeira sessão do delineamento, enquanto no estudo de Oshiro (2011) foi registrado a porcentagem de 48,54% de CCRs1 e 48,46% de CCRs2 para o segundo participante. Pensou-se nas dificuldades de ambos participantes, expostas nas conceituações de caso (baixa frequência de respostas verbais que colaborassem com a sessão e baixo repertório de autoconhecimento), poderiam criar obstáculos para se efetuar a interação lógica da FAP (Weeks et al, 2012). No início das supervisões foi observado que, ao menos na experiência do

pesquisador-terapeuta, as sessões FAP com dependentes de substância se diferenciavam de outros quadros clínicos quanto a identificação de CCRs. Ao passo que era razoavelmente acessível apontar os CCRs de participantes com outros diagnósticos (Oshiro, 2011), no caso dos dependentes químicos, mesmo com uma conceituação de caso inicial, era necessário mais tempo realizando perguntas e contextualizando o comportamento do cliente para que os CCRs presentes fossem devidamente compreendidos e o terapeuta pudesse iniciar a intervenção, o que diminuiria a ocorrência de verbalizações categorizadas como CCR e aumentaria categorias como TPR e CPR (progresso da sessão). O baixo número de indivíduos atendidos pelo pesquisador não autoriza generalizar este aspecto da FAP quando adotada a dependentes químicos, porém levantou-se a hipótese de que esta característica pode ser atribuída ao déficit no repertório discriminativo encontrado na população. Há evidências experimentais de que comportamentos que são reforçados no momento em que o organismo está sob efeito de substâncias psicoativas estabelecem um controle de estímulos fraco (Heyman, 1996). Os clientes passaram anos – se não décadas – autoadministrando e tendo seus repertórios verbais e não-verbais fortalecidos durante o efeito de drogas. Ao entrarem em um período de abstinência, o diálogo ficou comprometido, como observado em suas dificuldades para relatar em ordem cronológica, relacionar as situações e o que sentiam, descrever eventos etc.

Os estudos de Gifford et al. (2011) e Holman et al. (2012) tiveram o objetivo de demonstrar que um pacote terapêutico comportamental poderia alterar a frequência de abuso de substâncias ao final dos atendimentos e em sessões de acompanhamento. Gifford et al. (2011) apresentaram resultados satisfatórios sobre o modelo combinado de ACT e FAP que mediaram as mudanças na frequência de fumar no pós-tratamento. Os processos conceituais hipotetizados subjacentes a intervenção (aceitação, valores, responder contingente, relação terapêutica etc) foram registrados com instrumentos padronizados e estatisticamente relacionados com os ganhos terapêuticos mensurados. Além disso, uma avaliação de fidelidade ao procedimento foi realizada com aferidores independentes utilizando gravações em áudio das sessões terapêuticas e um checklist de componentes que deveriam ou não ocorrer nos atendimentos individuais e de grupo (os resultados demonstraram aderência ao tratamento). Os autores descreveram que uma das limitações do estudo foi a ausência de medidas dentro do processo terapêutico, impossibilitando identificar qual a psicoterapia (ACT ou FAP) e quais componentes de cada intervenção estariam relacionados as melhoras no grupo experimental. Os autores incentivaram pesquisas que possibilitassem a melhor visualização dos mecanismos que estariam produzindo as mudanças. A pesquisa de Holman et al. (2012) também apresentou um resultado positivo quando se comparou os escores pré e pós-intervenção para depressão e sintomatologia, porém pela natureza descritiva do estudo e a inexistência de registros para o comportamento dos terapeutas, também não foi possível assumir qual intervenção e quais

ingredientes ativos teriam colaborado com os resultados. O delineamento de caso único proposto na presente pesquisa contribuiu para a melhor visualização da mudança no repertório interpessoal dos clientes e a inferência que a FAP, que se preza a modelar esse tipo específico de repertório, é a variável crítica de mudança. Mantendo todas as atividades terapêuticas da instituição estáveis e administrando apenas a Psicoterapia Analítica Funcional, foi possível registrar o efeito isolado da psicoterapia.

É importante analisar como as mudanças expostas se relacionaram com a variável independente manipulada no estudo. A FAP tem como mecanismo de mudança clínico hipotetizado (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) e atribuído em investigações experimentais (Geremias, 2014; Kanter et al., 2006; Mangabeira, 2014; Oshiro et al., 2012), o responder contingente do terapeuta aos comportamentos-alvo em sessão, isto é, o comportamento do terapeuta se torna um reforçador natural capaz de selecionar e fortalecer um repertório interpessoal mais efetivo do cliente (Follette et al., 1996). A Figura 4 apresenta o percentual de comportamentos efetivos do terapeuta em relação aos CCRs1 e aos CCRs2 ao longo das duas fases do delineamento quase-experimental. Observou-se que para ambos os participantes houve flutuação no responder aos comportamentos problemáticos (foram registrados em ambas as etapas, tendo aumentado no início da fase experimental), mas o responder efetivo aos comportamentos de melhora ocorreram em maior frequência exclusivamente na fase FAP e este aumento acompanhou a reversão na taxa de CCRs.

Figura 4. Porcentagem de CCRs1 e CCRs2 e de respostas de consequenciação efetivas do terapeuta explicitadas nas Regras 3-1 (consequência ao CCR1) e Regras 3-2 (consequência ao CCR2) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior).

Para as sessões de Rafael (painel superior), a porcentagem de Regras 3-1 emitidas pelo terapeuta na primeira fase foram de 1,49%, 3,7%, 4,05%, 0,64% e 0,24% e para a segunda fase 3,12%, 4,36%, 3,05%, 2,51% e 3,6%. Era programado que o comportamento do terapeuta em responder aos CCRs deveria acontecer em maior frequência na segunda fase do delineamento, quando este iniciaria o uso sistemático da FAP (Weeks et.al., 2012). Podemos visualizar que o comportamento de responder aos CCRs1 ocorreria inicialmente na Etapa I, de maneira mais prevalente nas sessões 3

(3,7%) e 6 (4,05%). Pode-se levantar a questão que o terapeuta aumentou a frequência de Regras 3-1 em consequência aos CCRs1 do cliente – quanto mais o cliente respondia de forma problemática, mais o terapeuta apresentava consequências aversivas com o intuito de enfraquecê-las. A validade da hipótese é discutível visto que a frequência de CCRs1 se manteve nas sessões seguintes (sessão 3= 15,82% e sessão 6= 14,49%; sessão 9= 12,17% e sessão 12= 11,91%) e o terapeuta emitiu em menor quantidade a Regra 3-1 (sessão 9= 0,64% e sessão 12= 0,24%). A porcentagem elevada da categoria pode ser explicada devido o terapeuta ter iniciado a coleta de dados juntamente com a conceituação de caso, como descrito no início da seção, portanto foi necessário que ele consequenciasse os comportamentos-problema do cliente enquanto elaborava o plano de trabalho, como por exemplo, quando o participante relatou que *“não sinto chateação, não sinto nada nesse sentido. Porque eu respeito meu pai, ele é assim, como eu também tenho minha maneira de ser, tenho os meus defeitos”* (CCR1) e o terapeuta questionou *“não precisa ser uma coisa, um sentimento forte. O que você sente, alguma coisa acho que você sente, se não você não ia querer mudar isso”* (Regra 3-1). Em última análise, apesar de serem consideradas consequências aversivas, o comportamento do terapeuta não tinha como objetivo terapêutico diminuir a frequência dos CCRs1, mas completar a conceituação de caso com novas informações. Posteriormente, com um entendimento maior do funcionamento do participante, a categoria tende a diminuir. Apesar de ocorrerem na primeira fase, as consequências aos CCRs1 não foram suficientes para alterar o padrão comportamental de Rafael.

As Regras 3-2 tiveram maior proporção em relação as Regras 3-1 em todos os pontos da fase FAP (0,47%, 0%, 0,28%, 0% e 0% na Etapa I e 4,16%, 3,27%, 6,66%, 3,01% e 7,2% na Etapa II), constatando que o terapeuta passou a priorizar o responder contingente diante dos progressos do cliente com a incorporação da VI, exceto para a sessão 14 (Regra 3-1= 4,36% e Regra 3-2= 3,27%). Apesar da frequência de Regras 3-2 ainda estarem superiores aos níveis encontrados na fase de análise de contingências externas, procurou-se a razão do terapeuta ter apresentado uma quantidade maior de consequências aversivas – considerando que são as consequências reforçadoras positivas são aquelas que fortalecem os comportamentos de melhora dos participantes e devem ter primazia no atendimento (Tsai et al., 2009).

Analisando a transcrição do atendimento 14, notou-se que o tema foi a mudança de residência de Rafael: seu pai havia proibido que ele retornasse à casa após vinte anos ingerindo bebidas alcoólicas, produzindo conflitos e não respondendo aos pedidos para procurar ajuda profissional. O cliente relatou que tinha mudado seus planos e que, ao invés de voltar para sua cidade natal após o término do seu tratamento, havia resolvido procurar um apartamento e um emprego na cidade onde estava localizada a clínica de reabilitação. Levando em consideração seu histórico de reforçadores não-contingentes, o terapeuta imaginou que o cliente poderia estar se sentindo irritado e injustiçado

com a posição familiar, por acreditar que merecesse retornar à sua residência. Na sessão Rafael tocava no assunto da mudança sem tecer críticas ao pai, como exemplificado no trecho “*então embora eu vou pra [cidade natal], vou vê-lo, tudo, mas eu sei que aquela situação de que não quer e acabou. Ok. Direito deles. Não vou ficar discutindo sobre isso*” (CCR1), enquanto o terapeuta respondia funcionalmente da seguinte maneira “*me chamou atenção agora como você tá tentando colocar na balança um pouco, pensar nos pontos, né, entre [cidade da instituição] e [cidade natal], acho interessante fazer isso. Chamou atenção agora que eu perguntei sobre o lado... aspecto negativo de [cidade natal], se teria algum, né, cê disse ‘me lembra um pouco minha casa’ (...) me explica melhor essa parte*” (Regra 3-1). As consequências dadas pelo terapeuta não foram suficientes para que Rafael verbalizasse sobre sua raiva (provavelmente pensou que criticar a família obstruiria a reconciliação, enquanto não julgar seus pais aumentaria a probabilidade dos profissionais da clínica o auxiliarem), porém foram evocativas para outras respostas emocionais que foram classificadas como CCRs2, como destacado: “*claro que tem um sentimento de saudade (...) eu tenho saudade dos meus pais*”. Considerando que ainda estavam na segunda sessão FAP, a frequência de Regras 3-2 poderia ter ultrapassado a de Regras 3-1 (e as Regras 3-1 diminuído) caso o terapeuta exigisse menos do cliente (admitir a suposta raiva) e reforçasse instâncias de progressos de menor magnitude (relatar seus sentimentos). De toda forma, a frequência de CCRs2 foi maior do que CCRs1 na sessão 14 (e nas demais sessões da fase) e as Regras 3-2 passaram a ser mais frequentes nos atendimentos subsequentes.

A respeito da frequência de Regras 3-1 ocorridas nas sessões de Lucas (painel inferior), registrou-se 0,39%, 1,45%, 0,7%, 1,02%, 2,51% na primeira e 3,64%, 3,62%, 0,89%, 1,21%, 3,17% na segunda fase, enquanto para as Regras 3-2 anotou-se 0%, 0%, 0,35%, 0%, 0% e 5,35%, 7,6%, 6,86%, 5,58%, 6,66% nas respectivas etapas. Assim como Rafael, observou-se que a oscilação da categoria Regra 3-1 na Etapa I não alterou as VDs, contudo a introdução da Regra 3-2 na Etapa II acompanhou a mudança na frequência dos CCRs do participante até a conclusão do delineamento (diminuição gradual de CCRs1 e aumento de CCRs2). Nota-se o aumento de Regras 3-1 nas duas primeiras sessões da fase FAP (sessão 11 – CCR1=7,78% e Regra 3-1= 3,64%; sessão 12 – CCR1=9,42% e Regra 3-1= 3,62%) ocorreram porque o terapeuta estava ativamente modelando o repertório de estabelecer relações efetivas entre eventos, como citado na discussão da Figura 3. O terapeuta apresentou consequências aversivas para verbalizações que incluíam relações ineficientes (Regra 3-1) e reforçou diferencialmente relações possivelmente eficazes (Regra 3-2), como segue o exemplo de uma interação: “C: *Essa da besteira, tipo assim, eu estaria falando que o conserto daquela máquina produziria mais. Ia soar, pro meu gerente, que era besteira, que não é aquela máquina o problema*” (CCR1), “T: *Mas não é?*” (Regra 3-1), “C: *Do meu ponto de vista era.*”

(CCR2), “T: *E por que o seu ponto de vista vale menos que o dele?*”(Regra 3-2), “C: *Ah... (CPR)*” “T: *Se ele falou alguma coisa, já era?*” (Regra 2), “C: *Então, porque ele é o gerente.*” (CCR1), “T: *E daí?*” (Regra 3-1), “C: *Ele é meu chefe.*” (CCR1). “T: *E porque ele é seu chefe ele sabe mais?*” (Regra 3-1). Nas sessões 13, 14 e 15, a partir dos progressos terapêuticos de Lucas (este aumentou sua emissão de relações mais eficazes), a frequência de CCRs1 tendem a diminuir (e por conseguinte Regras 3-1) e CCRs2 a aumentar, o que está coerente com o efeito da modelagem no repertório do participante.

No último ponto de coleta observou-se novamente um aumento na frequência de respostas efetivas do terapeuta a comportamentos-problema (Sessão 14 – CCR1= 1,45% e Regra 3-1= 1,21%; sessão 15 – CCR1= 3,8% e Regra 3-1= 3,17%), porém não houve diminuição na densidade de comportamentos de melhora. Avaliando a transcrição do atendimento, foi identificado que o participante continuou emitindo respostas de relações entre eventos eficazes a respeito de terceiros, porém devido o tema da sessão se voltar para seus sentimentos de inferioridade (que haviam ocorrido em outras sessões em menor escala, sendo as verbalizações da vivência com os familiares mais recorrentes), relações pouco efetivas foram geradas e o terapeuta as conseqüenciou de acordo (punindo CCRs1 e reforçando CCRs2). Isso é notado com o aumento das categorias CCRs2 (Sessão 14= 8,25% e Sessão 15= 9,2%) e Regras 3-2 (Sessão 14= 5,58% e Sessão 15= 6,66%).

Os dados expostos a respeito das intervenções terapêuticas corroboram com os demais dados dos estudos do LTC-USP. Por exemplo, no delineamento de reversão de Mangabeira (2014) as fases sem a manipulação da FAP registraram altos índices de CCRs1 e baixos de CCRs2, Regras 3-1 e 3-2, sendo que o responder contingente aos comportamentos-problema foram mais frequentes que as conseqüências reforçadoras aos progressos dos participantes. Em contrapartida, nas fases FAP, observamos o aumento de ambas as Regras 3, porém ocorreu uma inversão em suas proporções, tendo a Regra 3-2 atingido um nível maior em todas as sessões onde a VI foi manejada. Efeito semelhante é encontrado na dissertação de Geremias (2014), quando a maior escala de Regras 3-1 nas fases TAC não alterou a frequência de respostas da participante, porém o incremento de Regras 3-2 na fase FAP acompanhou a reversão de CCRs. A diferença observada nesse estudo em comparação a tese de Mangabeira (2014) foi de que as conseqüências aversivas não aumentaram na fase FAP, se mantendo com a porcentagem anterior. Desta forma, os pesquisadores atribuíram o responder contingente do terapeuta, em especial a disposição de conseqüências reforçadoras positivas, como responsável pela melhora dos clientes. Essa conclusão contribui para a inferência de que, no presente estudo, o manejo das Regras 3-2 também foi um dos mecanismos de mudança clínicos que levaram ao desenvolvimento de repertório dos participantes. O comportamento do pesquisador como mecanismo de mudança será

retomado quando forem apresentados os dados da emissão de Regras 2 (comportamento de evocação).

O delineamento de caso único proposto permitiu melhor visualização do efeito da intervenção FAP sobre os comportamentos clinicamente relevantes dos participantes. Os estudos de Gifford et al. (2011) e Holman et al. (2012) levantaram a suspeita que a mudança registrada no repertório interpessoal dos clientes era, ao menos em parte, de responsabilidade da FAP (enquanto a mudança nos sintomas eram causadas por suas respectivas intervenções), porém a metodologia do estudo não foi capaz de confirmar essa hipótese. A categorização de comportamentos de sessões transcritas com o FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) possibilitou a análise mais minuciosa de qual componente dentro da FAP seria o responsável pela mudança terapêutica.

Foram apresentados os dados do comportamento do pesquisador-terapeuta em relação a variável dependente da pesquisa, contudo como especificado na seção Metodologia – Análise dos Dados, é imprescindível que o pesquisador tenha se comportado da forma programada durante o delineamento experimental e isto inclui o completo seguimento das regras da psicoterapia (Kohlenberg & Tsai, 1991), sistematizado por Weeks (2012) como a interação lógica da FAP. Desta forma, foi analisado se o pesquisador-terapeuta se comportou da maneira prevista, comparando a frequência das cinco regras terapêuticas (Regras 1 a 5) na Etapa I e II. As porcentagens das categorias revelaram que todas as regras aumentaram em frequência na fase FAP, exceto a Regra 1 para o participante Rafael, o que indica a mudança do desempenho do terapeuta na fase experimental para os dois processos de terapia.

Figura 5 – Porcentagem das cinco regras da FAP ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, Regra 1, Regra 2, Regra 3 (total), Regra 4 e Regra 5, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior).

A Figura 5 apresenta as cinco regras terapêuticas da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991) emitidas pelo terapeuta em ambas as fases do delineamento quase-experimental. Como planejado inicialmente, a Regra 1 era a única categoria que poderia ser utilizada na primeira etapa (observar CCRs), pois sua atividade era essencial para a formulação de caso e posterior intervenção, no entanto foi registrada em menor proporção que todas as outras regras para os dois participantes. Isso ocorreu parcialmente devido a sua natureza privada (Kohlenberg & Tsai, 1991), o que acarretaria em uma impossibilidade

de ser identificada pelo instrumento de categorização. Por motivos de pesquisa, o terapeuta poderia tornar um número maior de emissões de Regra 1 pública, realizando questionamentos para checar colaborativamente com o cliente se um comportamento na interação seria um CCR. Para Rafael, como discutido na Figura 3, a conceituação de caso indicou que uma descrição individualizada da racional da FAP (“repertórios interpessoais eficazes poderiam ser desenvolvidos e garantiriam acesso a reforçadores positivos que competiriam com o reforçador do álcool”) e das contingências de reforçamento em sessão tinham função aversiva e evocavam respostas de fuga-esquiva, portanto o pesquisador-terapeuta optou por modelar CCRs2 sem descrever seus objetivos (como estudado empiricamente por Mangabeira, 2014). A emissão de Regra 1 poderia ter este mesmo impacto sobre Rafael (“você acha que está omitindo alguma coisa para mim, assim como faz com sua filha?” ou “esse comportamento que você teve agora, de falar pouco sobre si, é parecido com o que você faz com seus pais?”), portanto não foi utilizada abertamente (o terapeuta identificava os CCRs sem a confirmação do cliente).

Para o participante Lucas, a Regra 1 ocorreu em uma sessão na fase TAC (sessão 10= 0,41%) e duas na fase FAP, tendo porcentagens maiores na segunda (sessão 11= 1,21% e sessão 14= 0,48%). Novamente, como se trataram de comportamentos encobertos, não foi possível o sistema de categorização detectá-los, no entanto o terapeuta utilizou algumas estratégias de identificação de CCRs, por exemplo, quando explorava paralelos dentro-fora da sessão (*“você acha que já fez alguma coisa parecida, semelhante lá fora com outras pessoas? Ou alguma coisa mais ou menos semelhante?”* [Regra 1]) e checando se o próprio julgamento a respeito de um comportamento era plausível (*“é isso ou to viajando?”* [Regra 1]) que foram identificadas pelo FAPRS (Callaghan & Follette, 2008).

Como evidenciado anteriormente na Figura 4, o total de emissão de Regras 3-1 e Regras 3-2 aumentou na Etapa FAP para Rafael e Lucas, demonstrando claramente que o terapeuta deixou de priorizar intervenções baseadas na discussão de comportamentos que aconteciam fora da sessão, optando por prover consequências diferenciais ao repertório do cliente ao vivo. Na Figura 5 as regras 3 são apresentadas de forma conjunta. Para o primeiro participante (painel superior), o total de Regras 3 na primeira fase nos cinco pontos de coleta foi de 2,38%, 3,7%, 4,34%, 0,64% e 0,24% (média= 2,26%) e na segunda fase 7,29%, 7,63%, 9,72%, 5,52% e 10,8% respectivamente (média = 8,19%), e para o segundo cliente (painel inferior), na primeira fase registrou-se 0,39%, 1,45%, 1,06%, 1,02% e 2,51% (média= 1,28%) e na segunda fase 9%, 11,23%, 7,6%, 8,35% e 10,92% (média= 9,42%).

A Regra 4 (avaliar efeitos reforçadores do comportamento do terapeuta sobre os CCRs do cliente) não ocorreu para nenhum participante na Etapa Análise de Contingências Externas,

aumentando ligeiramente na fase FAP. Para Rafael foi registrada a média de 0,28% e para Lucas 0,72%.

A Regra 5 (análise funcional e estratégias de generalização) para Lucas (painel inferior) ocorreu em uma única sessão da primeira fase (sessão 10= 0,82%), e nos demais pontos de coleta da fase FAP (exceto para a sessão 13), atingindo níveis máximos de 0,97% (sessão 11) e 1,94% (sessão 14). Para Rafael, como detalhado na discussão da Figura 4 e retomado acima a respeito da Regra 1, a explicitação das contingências de reforçamento em sessão tinham caráter aversivo e foi tomada a precaução de não as utilizar em demasia, de todo modo ela seguiu o padrão previsto, tendo ocorrido na sessão 9 (0,21%) e aumentado levemente na fase FAP (sessão 15= 1,11% e sessão 17= 0,84%). É interessante perceber que elas tiveram diferentes qualidades a depender da Etapa. Por exemplo, na sessão 9, quando o participante Rafael descreveu que era “reservado” pois poderia “atrapalhar as pessoas”, o terapeuta utilizou a Regra 5 como uma tarefa de casa, propondo que ele emitisse um comportamento diferente em seu contexto social: *“arrisque um pouquinho, e daí a gente vai ter a oportunidade de conversar se foi demais, se foi de menos, se foi bom, se não foi...”* (Regra 5). Apesar de ser um mando (Skinner, 1957) para o cliente, ele não deixou claro o objetivo final do terapeuta (ele pediu para testar o meio social de acordo com o que Rafael tinha se queixado, mas não focou no repertório deficitário do participante ou como este se relacionava ao consumo de bebidas alcoólicas). Com a introdução da VI e o diferente manejo do processo terapêutico, o terapeuta pôde utilizar a Regra 5 como um paralelo mais explícito antes de fazer uma orientação, neste caso entre os CCRs e a forma como Rafael se relacionava com a filha, como exemplificado em *“você está me contando que um problema lá fora, uma dificuldade lá fora, de expressão com a minha filha - sua filha pede, sua filha diz que você é muito quieto - essa mesma questão acontece aqui de vez em quando entre a gente (...) isso, aí você consegue ver esse paralelo?”* (Regra 5). A partir do uso da FAP, mesmo em uma densidade ainda pequena, o terapeuta foi capaz de deixar mais clara qual era a proposta da psicoterapia. Mais tarde, caso o cliente se mantivesse em atendimento e melhorasse (emitisse CCRs2 e generalizasse estes ganhos para suas relações extrassessão), seria possível associar seu comportamento interpessoal e o uso de substâncias.

O aumento na frequência das cinco regras terapêuticas indicou a mudança no repertório global do terapeuta na fase experimental quando estava manipulando a Psicoterapia Analítica Funcional, com foco na relação terapêutica, evocando e consequenciando comportamentos clinicamente relevantes de ambos os participantes. Os dados que atestam a integridade da intervenção terapêutica (engajamento na interação lógica da FAP e apenas no início da etapa experimental) também foi observada nas pesquisas do LTC-USP (Geremias, 2014; Lima, 2017; Mangabeira, 2014; Villas-Bôas, 2015).

A Regra 2 foi a segunda categoria dentre as regras terapêuticas que mais se verificou no decorrer do processo e que aumentou em frequência na Etapa FAP. A princípio, no desenvolvimento da Psicoterapia Analítica Funcional, a consequenciação de comportamentos clinicamente relevantes (em especial o reforçamento positivo dos comportamentos de melhora) era visto como o mecanismo de mudança clínica primordial, se não o único, da psicoterapia (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Mais tarde, a partir dos dados de pesquisas experimentais com delineamentos de retirada (Oshiro et al, 2012) foi sendo questionado como os CCRs2 eram emitidos em alta frequência mesmo na primeira sessão da fase FAP, se o processo comportamental pressuposto era a modelagem (Catania, 1999). Avaliando os dados de sua tese de doutorado, Oshiro (2015) discutiu que não era possível assumir que apenas os estímulos consequentes estavam revertendo a proporção de CCRs, pois se observaria uma mudança inicial nas primeiras sessões e a reversão aconteceria gradualmente. Oshiro (2015) levantou a hipótese que variáveis antecedentes poderiam estar atuando sobre o repertório do cliente, aumentando a probabilidade de determinadas classes de resposta ocorrerem (Catania 1999) e provendo maior número de oportunidades para o terapeuta reforçar os comportamentos em sessão. Tal suposição se originou do fato de que não apenas as Regras 3-2, mas as Regras 2 eram revertidas entre as fases FAP e não-FAP. Como se pode observar na Figura 6, para o presente estudo a Regra 2 acompanhou a mudança nos CCRs 1 e 2 dos dois participantes, exceto para a primeira sessão de Rafael, sugerindo uma relação entre o controle antecedente e a modificação das taxas de comportamento dos clientes.

Figura 6: Porcentagem de CCRs1 e CCRs2 e de respostas de evocação do terapeuta explicitadas na Regra 2 ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior).

Para Rafael, a porcentagem de Regras 2 emitidas pelo terapeuta somaram 4,28%, 2,69%, 1,73%, 0,85% e 1,24% na Etapa Análise de Contingências Externas e 3,81%, 4%, 6,66%, 4,27% e 3,38% na Etapa FAP. O aumento na dimensão de comportamentos evocativos acompanhou a reversão de CCRs, mas é visível que a Regra 2 alcançou um índice mais alto na primeira sessão se comparado a todos os pontos da fase experimental (exceto para a sessão 15). Recordando a discussão sobre CCRs1 da Figura 4, o clínico utilizou a Etapa I para realizar a conceituação de caso, portanto era

presumível que este iria emitir diversas questões para coletar informações relevantes. Parte das perguntas provavelmente tiveram função evocativa para os comportamentos-problema de Rafael, como é exemplificado em “*como você se sentiu com a separação?*” (Regra 2), “*como que são essas discussões com sua irmã?*” (Regra 2) e “*Sua esposa não se queixava de outras coisas em você?*” (Regra 2), pois pediam informações a respeito de sentimentos e respostas problemáticas que ele havia dirigido contra sua família. O uso da Regra 2 nessa sessão não ocasionou uma mudança nos comportamentos de melhora do cliente possivelmente porque não vieram acompanhadas de consequências diferenciais para instâncias de progressos. Já na segunda fase, quando o terapeuta iniciou o uso das cinco regras terapêuticas, foi percebida a alteração das variáveis dependentes. Para este cliente, os dados apontam que a evocação isolada não produziu modificações, porém serviu de ocasião para que comportamentos-problema ocorressem, fossem consequenciados de acordo (Regra 3-1) e respostas minimamente mais desejáveis fossem emitidas (relacionadas a exposição e críticas a terceiros) e tivessem a chance de serem fortalecidas (Regra 3-2), como é observado com o aumento de CCRs2.

Para Lucas, a Regra 2 também acompanhou o desenvolvimento dos comportamentos de melhora, contudo de maneira diferente. Na primeira Etapa, registrou-se 1,58%, 1,45%, 2,83%, 3,06% e 2,09% para o comportamento de evocar do terapeuta, enquanto na segunda Etapa foi identificado 6,08%, 8,69%, 6,26%, 6,55% e 7,93%. Para o segundo participante, o uso sistemático da Regra 2 não acompanhou imediatamente uma reversão, mas a aceleração de ambos tipos de CCRs (na primeira sessão os CCRs1 diminuíram ligeiramente e os CCRs2 aumentaram, enquanto na segunda sessão ambos cresceram). Como explicado na apresentação e discussão da Figura 3 sobre os comportamentos do cliente em sessão, o comportamento-alvo do participante II era o estabelecimento de relações entre eventos, portanto não era esperado uma melhora abrupta em uma única sessão (como discutido por Simões, 2014). Iniciado o uso da evocação do terapeuta, esta se relacionou com maior frequência de “estabelecer relações” de forma geral, o que deu oportunidade do terapeuta modelar este repertório, como é observado com o aumento de Regras 3-1 e Regras 3-2 nas duas primeiras sessões da fase FAP (Figura 4). No terceiro, quarto e quinto ponto de coleta observou-se a manutenção dos comportamentos de melhora, diminuição das relações indesejadas e nas Regras 3-1 (estas voltam a subir na última sessão devido a ênfase do tema da sessão que compreendia os sentimentos de inferioridade de Lucas, como citado anteriormente).

As pesquisas têm apresentado diferentes discussões do efeito da Regra 2 sobre o repertório dos participantes e sua contribuição para a modelagem atribuída a Regra 3-2. Mangabeira (2014) concluiu que, para seu delineamento de reversão, não foi possível inferir os resultados da evocação, pois a categoria se manteve estável durante todas as sessões registradas, tendo sido manipuladas

apenas as regras referentes a consequenciação de respostas. Assim como Villas-bôas (2015), assumiu que parte importante dos processos evocativos foram categorizados como consequenciação (Regra 3), pois levando em consideração o conceito de encadeamento de respostas (Catania, 1999), uma consequência podia ter função evocativa para o comportamento seguinte. Desta forma, apesar de uma taxa não alterada de Regra 2, procedimentos evocativos estariam presentes e aumentando a probabilidade de CCRs ocorrerem (quando o terapeuta apresentava estimulação aversiva para um comportamento indesejado e esta tinha função de estímulo discriminativo para um CCR2, por exemplo). Para Geremias (2014), o aumento de frequência de Regra 2 na fase FAP se relacionou com a mudança encontrada nos CCRs2, o que levou a suposição que a evocação estava mais relacionada ao aparecimento de comportamentos de melhora (no caso atendido, a terapeuta evocava maior exposição de sentimentos em sessão).

Para o presente estudo, não foi possível analisar precisamente qual foi o efeito da Regra 2 sobre o repertórios dos dois participantes devido a falta de controle experimental desta variável (ela acompanhou a introdução das cinco regras terapêuticas na Etapa II). Pôde-se levantar a hipótese que ela se relacionou com as Regras 3-2 e a reversão das porcentagens de CCRs, ampliando as oportunidades de estes serem fortalecidos. O impacto da evocação tem sido avaliado empiricamente em um delineamento experimental ABAB (Vartanian, 2017) que visou comparar os efeitos de processos terapêuticos FAP com e sem componentes evocativos. Os dados de Vartanian (2017) indicaram que fases com evocação diferiram de fases onde apenas consequências estavam sendo empregadas, sendo característico das sessões evocativas uma maior proporção de CCRs2. Um segundo aspecto é que a Regra 2 pareceu ter efeitos dessemelhantes a depender dos clientes e dos comportamentos clinicamente relevantes que estavam sendo alvos de intervenção. Ambas as conclusões corroboram com a discussão realizada nesta pesquisa à medida que se constatou uma correlação entre a Regra 2 e os CCRs2 e, apesar da variação encontrada nas VDs para os dois participantes, por apresentarem conceituações de caso distintas, as trajetórias dos comportamentos compreenderam essas especificidades.

A seguir serão apresentados os dados referentes as demais categorias registradas para os comportamentos do pesquisador-terapeuta e dos dois participantes nas sessões de psicoterapia. O gráfico mostra uma alta taxa de comportamentos de progressão e baixa frequência em focar na relação terapêutica durante todo o delineamento quase-experimental. Na fase FAP se observa uma diminuição em TPR e CPR e um aumento em TTR e CTR, exceto para o participante Rafael, onde se registrou um ligeiro incremento em CPR.

Figura 7: Porcentagem de progressão da sessão terapêutica (explicitados em TPR e CPR) e focar na relação terapêutica (TTR e CTR) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior).

As categorias TPR e CPR expostas na Figura 7 pertencem a tópicos ocorridos em sessão que não tiveram relação direta com a conceituação de caso FAP, isto é, aos comportamentos clinicamente relevantes ou descrições de comportamentos-alvo funcionalmente semelhantes ocorridos fora da sessão e o manejo do pesquisador-terapeuta frente a essas classes de respostas. Foram tidas como verbalizações sobre eventos distantes da problemática central dos clientes e questionamentos e breves orientações do terapeuta relacionadas a assuntos diversos. TPR apresentou um declínio com a entrada

da FAP, o que está compatível com a Figura 5 onde o terapeuta havia iniciado o uso sistemático das cinco regras terapêuticas (Weeks et al., 2012) e estas tiveram sua proporção elevada. A média das categorias TPR nas Etapas I e II somaram 43,79% e 37,30% nos atendimentos de Rafael e 42,25% e 23,94% para Lucas, nesta ordem.

Para a categoria CPR houve uma diferença de tendência exibida entre os dois participantes. Para Rafael, registrou-se uma média de 35,14% para as sessões Análise de Contingências Externas e 36,37% para as sessões FAP, enquanto para Lucas as etapas marcaram 36,93% e 33,27%, respectivamente. A pequena mudança entre as fases provavelmente pudesse ser responsabilizada pela variação natural do comportamento dos participantes. Ausentando-se de extrapolar as conclusões com base nos dados obtidos, especulou-se que essa modificação poderia ser um efeito colateral da psicoterapia. O aumento de CPR do primeiro participante pode ser interpretado como um benefício terapêutico, onde seu padrão reservado deu espaço para um diálogo mais fluido (falou mais na fase FAP, contrapondo ao silêncio encontrado na etapa anterior). O participante II haveria diminuído suas descrições de temas periféricos (aumentando a emissão de CCRs1 e CCRs2) a começar pelas intervenções prescritas pelo terapeuta. Para uma afirmação mais precisa dessas suspeitas seria necessário a continuidade do registro e análise das sessões e a identificação da preservação das tendências apresentadas, o que excederia os objetivos do trabalho.

Em relação as categorias TTR e CTR, ambas aumentaram na Etapa FAP para os dois casos atendidos, um indício adicional da mudança no comportamento do terapeuta na fase experimental e o impacto sobre o repertório dos clientes, evidenciando a interação terapêutica como principal mecanismo de mudança clínica. A média da frequência de comportamentos na fase Análise de Contingências Externas e FAP para as duas categorias correspondem respectivamente a: Rafael TTR= 2,11% e 5,04%; CTR= 0,3% e 0,89% e Lucas TTR= 4,07% e 7,89%; CTR= 0,74% e 1,65%.

As porcentagens de descrições dos comportamentos-alvo e comportamentos de melhora fora da sessão funcionalmente semelhante aos CCRs (O1 e O2) e respostas efetivas do terapeuta (TO1 e TO2) atingiram níveis inexpressivos no decorrer das sessões e não foram expostas no formato de figura. As categorias TO1 para Lucas e O2 e TO2 para os dois participantes não foram registradas uma única vez, e as demais receberam menos de 1% em média em todo o delineamento. De acordo com o instrumento FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), as falas dos terapeutas e dos indivíduos atendidos podem ser classificadas por mais de uma categoria e o profissional conta com uma lista hierárquica para tomar as decisões durante o processo de categorização. Sobre o comportamento do cliente, é atribuído primazia dos CCRs diante de outras categorias que as falas possam ganhar. Para a presente pesquisa, devido a natureza das dificuldades elegidas para o tratamento de Rafael e Lucas, uma grande quantidade de Os foi classificada como CCRs. Por exemplo, quando o primeiro cliente

relatava como havia se comunicado mal com sua filha (comportamento-problema fora da sessão – O1), a conceituação de caso e a hierarquia indicavam outra classificação (descrição mais clara das contingências de reforçamento em operação – CCR2). Para o segundo cliente, ao descrever um desentendimento com sua esposa (O1), geralmente ela acompanhava um motivo improvável (relações pouco efetivas entre eventos – CCR1). Desta forma, a porcentagem de Os e TOs foi menor que de outras pesquisas da área (Geremias, 2014; Villas-bôas, 2015).

Três meses após o encerramento do delineamento quase-experimental, os participantes foram convidados para uma sessão de acompanhamento a fim de averiguar a manutenção dos ganhos terapêuticos (eles também efetuaram uma aplicação do Outcome Questionnaire 45.2 (Lambert et al., 2004) e do Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1994). Os resultados dos instrumentos serão discutidos adiante. Os dados revelaram que para o primeiro participante, os CCRs1 e CCRs2 aumentaram em frequência e isso indicou a estabilidade dos progressos da psicoterapia, enquanto que para o segundo cliente, os CCRs2 diminuíram, ocorrendo em uma proporção menor que os CCRs1, sugerindo um esvanecimento da melhora terapêutica.

Figura 8: Porcentagem de CCRs1 (comportamentos-problema) e CCRs2 (progressos terapêuticos) ao longo de dez sessões de psicoterapia para cada participante, analisadas de acordo com as fases experimentais (sessões 1, 3, 6, 9 e 12 – Linha de base e 13, 14, 15, 16 e 17 – FAP para Rafael, painel superior, e sessões 1, 3, 5, 7 e 10 – Linha de base e 11, 12, 13, 14 e 15 – FAP para Lucas, painel inferior) e na sessão de acompanhamento (F= *follow up*)

A Figura 8 possibilita a comparação da frequência dos CCRs dos participantes no decorrer do delineamento e na sessão de acompanhamento. No *follow up*, Rafael (painel superior) emitiu uma porcentagem de CCRs1 de 7,87% e CCRs2 12,82%, indicando um aumento para as duas categorias em comparação ao último atendimento registrado (sessão 17 – CCR1= 5,29% e CCR2= 7,83%) e a manutenção do desenvolvimento de repertório do cliente. Ao contrário do primeiro participante, foi registrado 4,66% para a frequência de CCRs1 e 1,69% para os CCRs2 de Lucas (painel inferior), não indicando a continuidade dos ganhos terapêuticos adquiridos até o final da fase FAP (sessão 15 –

CCR1= 3,8% e CCR2= 9,2%). A diferença entre os desfechos observados para os clientes pode ser compreendida a partir das dessemelhanças ocorridas no término do delineamento quase-experimental.

Após cinco meses desde o início da internação e concluída a gravação e transcrição dos atendimentos na Etapa FAP, Rafael se manteve no centro de tratamento, onde recebeu terapia individual semanal com o pesquisador (10 sessões com uso assistemático da FAP), frequentou as atividades terapêuticas da instituição (descritas na seção Método) e realizou um programa de ressocialização individualizado, onde podia sair caminhar, tomar café, ir à banca de jornal, ao banco, procurar apartamentos disponíveis para aluguel etc no período vespertino. Assume-se que o prolongamento das intervenções em ambiente terapêutico protegido e o contato com o pesquisador-terapeuta possa ter promovido o repertório interpessoal do participante e consequentemente o aumento de CCRs2 registrados (não houve intervalo entre a vigésima sessão da Etapa FAP e o *follow up*). Também foram observados possíveis comportamentos de melhora fora da sessão, como demonstrações afetivas aos funcionários da clínica (quando trazia um bolo das suas ressocializações, por exemplo) e uma relação íntima com um parente de um residente. Vale ressaltar que o participante havia ficado vinte anos sem um relacionamento íntimo profundo e sua rotina era restrita ao uso de álcool e comportamentos não sociais com baixo custo de resposta (ir ao mercado, navegar na internet).

A despeito do índice de melhora ter ampliado e dos problemas estarem inferiores aos encontrados na linha de base, a sessão de acompanhamento de Rafael continuou chamando a atenção pela proporção de CCRs1. Contextualizando o atendimento, o participante tinha recaído em uma atividade de ressocialização (o padrão de uso de substâncias e as hipóteses levantadas serão explanadas na apresentação dos resultados do Timeline Followback) e havia conversado com um dos profissionais da clínica que, devido o episódio envolvendo álcool, o alertou que existia a possibilidade de ele ser internado involuntariamente por sua família. Na sessão com o pesquisador-terapeuta, Rafael expôs os motivos da recaída e aceitação de ser internado contra a vontade caso sua filha decidisse, porém pediria alta se ouvisse uma “ameaça” do profissional novamente. Como programado, o terapeuta não utilizou estratégias FAP, apenas tentou compreender como o participante estava interpretando a situação fora da sessão e proveu informações sobre internação involuntária (se ele desistisse do tratamento, sua filha seria informada e poderia entrar em contato ou chamar um resgate involuntário). Independentemente de o cliente continuar emitindo CCRs1 (permanecer reservado e não crítico), Rafael sinalizou sua esquiva frente aos questionamentos do terapeuta, como exemplificado em “*eu não vou entrar em detalhes*” (CCR1) e “*eu prefiro não comentar, não comentar*” (CCR1). A mudança na qualidade do CCR1 sugere um desenvolvimento no repertório, visto que ele passou a deixar claro que não iria falar sobre uma temática específica, em contraste com

a forma indireta averiguada nas sessões anteriores (falando superficialmente ou mudando de assunto). Desta maneira, apesar da porcentagem de CCRs1 do *follow up* somarem 7,87%, somente 6,12% tinham o padrão descrito na conceituação de caso, enquanto 1,74% apontavam para o avanço de Rafael.

Em oposição ao prosseguimento no tratamento do primeiro participante, Lucas encerrou sua estadia na clínica uma semana antes do prazo estipulado e não se manteve em um programa de pós-tratamento ligado ao centro de reabilitação. No momento da saída ele havia divergido do profissional responsável pelas ressocializações, não entendendo o motivo de não deixá-lo dormir em sua residência (os critérios da clínica não permitiriam ele sair no final de semana, porém mesmo o terapeuta orientando para que ele visitasse sua família no sábado e voltasse para dormir, Lucas se sentiu irritado). Após seu pedido de alta, ele preferiu se submeter a um processo terapêutico com o profissional que mais recentemente tinha ingressado a equipe (em consultório particular) e se vincular a um grupo de apoio a cônjuges de dependentes químicos. Em um primeiro momento na sessão de acompanhamento, Lucas relatou que estava praticando esportes (futebol e bicicleta), porém ao sofrer uma lesão no joelho, se viu impossibilitado de praticar seus exercícios e acabou recaindo. Conforme descrevia os acontecimentos em sua vida, ficou mais claro que o cliente não estava dando prioridade para o grupo de apoio e os conflitos com sua esposa continuavam ocorrendo. Diferente de Rafael, o tempo a qual Lucas foi submetido a FAP não foi suficiente para que ocorresse a generalização dos CCRs2 para os ambientes fora da sessão. Na realidade, a própria saída prematura do participante se deu parcialmente por suas dificuldades, quando este se sentiu incompreendido na relação com o profissional e se afastou da clínica, iniciando um tratamento com um novo psicoterapeuta. Lucas também não havia dado a merecida relevância aos próprios CCRs1 identificados pelo pesquisador-terapeuta e como estes se relacionavam ao uso de drogas, o que levou Lucas gradualmente ao antigo padrão comportamental (inclusive de abuso de cocaína).

Os resultados expostos não invalidam as discussões desta pesquisa, como demonstrado o efeito da FAP sobre os repertórios de Rafael e Lucas (diminuição de CCRs1 e aumento de CCRs2), porém sugerem que seria necessário mais tempo para que a FAP e as atividades da internação promovessem uma mudança substancial no repertório de Lucas. Acredita-se que a baixa frequência de CCRs1 (menor que na linha de base e semelhante a etapa FAP) não se relacionou com uma melhora do quadro, mas aconteceu porque o terapeuta tomou boa parte da sessão para compreender as recaídas de Lucas e orientá-lo a buscar um tratamento se o uso persistisse. As informações do *follow up* serão novamente verificadas na apresentação dos dados do Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1994).

Além das mudanças visualizadas dentro da sessão terapêutica, dois instrumentos foram utilizados para medir as alterações extrassessão dos participantes. O primeiro, Outcome

Questionnaire-45.2 (Lambert et al., 2004), foi aplicado semanalmente com o intuito de detectar mudanças que Rafael e Lucas poderiam ter e relacioná-las as fases experimentais. Os dados apontam que não houveram modificações significativas, e argumenta-se que o próprio repertório dos participantes não permitiu que o instrumento as detectasse. Os dados das duas primeiras sessões de Rafael não foram apresentados, pois o pesquisador-terapeuta não havia aplicado o instrumento (como inicialmente se tratava de um atendimento piloto, o OQ-45.2 começou a ser administrado na sessão 4).

Tabela 4. Escores obtidos do participante Rafael para cada uma das dimensões medidas pelo Outcome Questionnaire 45.2 e escore total em oito sessões de psicoterapia no delineamento quase-experimental e em uma sessão de acompanhamento

Sessões	Desconforto subjetivo	Relacionamentos interpessoais	Desempenho no papel social	TOTAL
Sessão 1	-	-	-	-
Sessão 3	-	-	-	-
Sessão 6	19	13	14	46
Sessão 9	22	11	10	43
Sessão 12	20	12	10	42
Sessão 13	18	12	8	38
Sessão 14	21	11	9	41
Sessão 15	18	11	11	40
Sessão 16	18	8	10	36
Sessão 17	21	10	11	42
Follow Up	24	10	11	45

Tabela 5. Escores obtidos do participante Lucas para cada uma das dimensões medidas pelo Outcome Questionnaire 45.2 e escore total em dez sessões de psicoterapia no delineamento quase-experimental e em uma sessão de acompanhamento

Sessões	Desconforto subjetivo	Relacionamentos interpessoais	Desempenho no papel social	TOTAL
Sessão 1	22	8	15	45
Sessão 3	5	2	3	10
Sessão 5	5	9	10	24
Sessão 7	18	12	7	37
Sessão 10	20	2	4	26
Sessão 11	5	0	4	9
Sessão 12	10	1	4	15
Sessão 13	3	3	4	10
Sessão 14	3	1	4	8
Sessão 15	5	0	4	9
Follow up	18	11	11	40

Há três formas de interpretar os dados gerados pelo OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) – a) o *escore total* que varia de 0 a 180 pontos, sendo uma pontuação de 63 ou mais indicativo de um índice clínico, b) as subescalas *desconforto subjetivo*, *relacionamentos interpessoais* e *desempenho no papel social* que variam de 0 a 100, 0 a 44 e 0 a 36 pontos e necessitam respectivamente de 36, 15 e 12 ou mais pontos para atingirem o nível clínico, e os c) *itens críticos*, sendo as alternativas referentes a suicídio, abuso de substância e violência. Era aguardado que o inventário fosse capaz de detectar padrões de comportamento e/ou sentimentos que se relacionassem as conceituações dos casos e as melhoras observadas *in vivo* analisadas com o FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), porém os escores dos dois participantes foram incompatíveis com as etapas experimentais.

Para os dois participantes, o *escore total* não atingiu o índice crítico em nenhuma das sessões selecionadas para a análise de dados. Dentre as subescalas, o *desconforto subjetivo* e os *relacionamentos interpessoais* também se mantiveram abaixo do nível clínico (o que está incoerente com os comportamentos-problema levantados na formulação de caso FAP). O único domínio que marcou uma alteração significativa foi o *desempenho no papel social*, mas este atingiu o nível clínico para uma única sessão de cada cliente (Rafael= sessão 6 e Lucas= sessão 1), ficaram próximos a zona

não-clínica (Rafael= 14 e Lucas= 15, sendo 12 a pontuação mínima para classificar como clínico, em um máximo de 36) e sua alteração não se relacionou com a mudança de fase experimental.

Os *itens críticos* selecionados para ambos clientes foram o 32 (“Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas”) e 44 (“Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender”), identificados para o primeiro participante nas sessões 6 (os dois itens), 12 e 17 (apenas o 44) e marcados como “Raramente” (1 ponto), e para o segundo participante nas sessões 1 e *follow up* anotados como “Raramente” (1 ponto), exceto para o item 44 na sessão de acompanhamento que foi registrado como “Às vezes” (2 pontos).

A hipótese funcional levantada é que Rafael respondeu ao instrumento da mesma maneira que lidava com os atendimentos, ficando sob controle do impacto que produziria no terapeuta e consequentemente da probabilidade de retornar a sua residência, a depender da avaliação do pesquisador e da equipe profissional. Como exemplo podemos citar os itens que foram selecionados como “Frequentemente” (equivaliam apenas a 1 ponto), apesar das condições em que Rafael estava exposto: o item 20, “Eu me sinto amado e querido” em semanas de intensa briga ou rejeição da filha, e o item 36, “Eu me sinto nervoso”, em situações de irritação com outros residentes. A justificativa para a escala *desempenho no papel social* (representativa das dificuldades que o paciente apresentava nas áreas trabalho, tarefas de casa e estudo) atingir o nível clínico na sessão 6, foi que Rafael avaliou as perguntas como um aspecto passível de ser valorizado (como exemplificado no item 14, “Eu trabalho muito”, em que o cliente assinalou “Frequentemente” – 3 pontos) e não como um evento aversivo (“eu trabalho demais” ou “eu me canso de trabalhar”). Conclui-se que mesmo ao atingir um critério de preocupação do OQ.45-2, seu objetivo foi causar uma imagem positiva para o pesquisador-terapeuta.

Ainda para Rafael, as mesmas hipóteses anteriormente descritas se aplicam aos *itens críticos*, visto que o paciente tinha graves dificuldades no trabalho por consumir álcool e descreveu como sendo problemas “raros” (estava cinco anos desempregado e havia relatado que parou por conta da bebida) e assinalou um problema de violência no trabalho possivelmente avaliando a questão como algo positivo, “eu levo a sério aquilo que faço”.

Assim como Rafael, o participante Lucas respondeu ao questionário de maneira funcionalmente semelhante aos CCRs identificados no início da psicoterapia. As subescalas *desconforto subjetivo* e *relacionamentos interpessoais* poderiam alcançar níveis maiores caso houvesse uma correspondência entre o repertório verbal e não-verbal do cliente (ele discriminasse as relações interpessoais do seu cotidiano e os sentimentos associados a elas). Por exemplo, nos itens 1 (“Eu me dou bem com os outros”), 6, (“Eu me sinto irritado”), 7 (Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante”) e 43 (“Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com

os outros”), Lucas assinalou na maioria das aplicações do OQ.45-2 as alternativas equivalentes a 0 pontos (se sentia bem com os outros, estava vivendo um relacionamento satisfatório e não se irritava), o que não está de acordo com seus CCRs.

Sobre os *itens críticos* de Lucas, ele apresentou uma discriminação mais elaborada para os problemas que estava enfrentando no trabalho, tendo os pontos sendo citados nos momentos em que ele estava em contato com o emprego, no início o tratamento (primeira sessão) e após três meses (sessão de acompanhamento).

Os dados revelaram que o instrumento não foi capaz de identificar nenhuma mudança significativa para nenhum dos dois participantes, porém é um indício que os comportamentos-alvo selecionados para intervenção estavam corretos.

Finalizando a seção Resultados e Discussão, apresentaremos o segundo instrumento de medida extrassessão. O Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1994) foi aplicado no início do delineamento experimental e na sessão de acompanhamento, registrando os três meses anteriores ao tratamento para dependência química e os três meses entre o encerramento do delineamento e o *follow up*. Os dados quantitativos sugerem que ambos os participantes diminuíram seu consumo de drogas após o período de tratamento, porém uma análise qualitativa aponta que apenas Rafael, que se manteve mais tempo na clínica, apresentou mudanças significativas, enquanto Lucas possivelmente estava retornando ao ciclo de abuso de substâncias.

O pesquisador-terapeuta optou por realizar uma análise qualitativa do instrumento com o objetivo de levar em consideração os dados apresentados anteriormente (conceituação de caso e sessão de acompanhamento) e os contextos em que o uso de substâncias ocorreram. Inicialmente relacionaremos as recaídas dos participantes com as datas e situações, para depois levantarmos hipóteses funcionais sobre as mesmas. Vale lembrar que para o uso de álcool (Rafael), o instrumento solicita que o participante ofereça uma estimativa do número de doses, enquanto para cocaína (Lucas) é pedido apenas que se recorde se usou naquele dia. Os autores explicam que é mais difícil para os usuários de cocaína e crack conseguirem dar uma média da quantidade de substância utilizada (Sobell & Sobell, 1994).

O instrumento TLFB (Sobell & Sobell, 1994) apresenta dicas verbais para que os participantes se recordem do uso de substâncias prévio a administração do calendário. Por se configurar em um instrumento de autorrelato, o TLFB poderia apresentar os mesmos problemas do OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) para esta pesquisa, porém vale ressaltar algumas variáveis que podem ter colaborado para fatos mais confiáveis de Rafael e Lucas. Para o primeiro participante, o relato sobre uso de álcool prévio a internação pode ter sido distorcido *amenizando* a quantidade de dias e substância que ele ingeriu. Isso faria com que o ganho terapêutico fosse *maior* do que será apresentado. Para o registro dentro da clínica (o *follow up* ocorreu em um período de três meses após o delineamento, portanto Rafael ainda se encontrava no centro de tratamento), o comportamento de “admitir” que havia recaído era uma maneira de se esquivar de uma punição de maior magnitude por “esconder” (falsa colaboração), aumentando a possibilidade de ele ter revelado todas as ocasiões em que bebeu. A última variável concerne ao fato de que todos os relatos de recaída de Rafael estavam compatíveis com o exame clínico feito pela equipe de enfermagem nos retornos das ressocializações.

Para Lucas, compreende-se que o participante estava engajado no processo de ficar abstinência de substâncias (estava preocupado com seu trabalho, ouvia o que o terapeuta tinha para dizer, tirava dúvidas com os profissionais). Sua dificuldade em relacionar eventos ocasionou uma não identificação do instrumento OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) aos comportamentos (e sintomas que poderia estar experimentando (déficit em tatear eventos privados), principalmente quando tinha que identificar conflitos com familiares e colegas (funcionalmente semelhantes aos CCRs). Questões a respeito de usar ou não uma substância pareciam mais simples de serem respondidas por se relacionarem com comportamento público e que não tinha relação com terceiros. O terapeuta também utilizou dicas verbais relacionadas aos dias de trabalho (“você usou nessa época que tinha feriado?”, “você faltou para usar?”, “seu chefe percebeu?”, “você usou no serviço ou fora?”), ao salário do participante (“quando você recebeu nesse mês, você gastou com cocaína?”, “algum mês você ficou sem grana?”), aos finais de semana que tinha direito de ver uma de suas filhas (“nas semanas ímpares,

você usava ou ficava com ela?”) que parecem ter facilitado a lembrança de Lucas. Mesmo com algumas evidências que os fatos dos participantes eram mais puros, deve-se tomar as devidas precauções com as conclusões decorrentes deles.

Antes de ser internado, Rafael ainda estava morando na residência dos seus pais, e relatou ter um padrão de autoadministração diária de 11-12 doses de vodka, exceto aos finais de semana que, por ter contato com a filha, utilizava 3 doses (período dos dias 11 a 26 de agosto de 2015). No dia 27 de agosto a 6 de novembro de 2015 se manteve em uma clínica de internação distante que não possuía um programa de ressocialização, portanto não teve acesso a droga. Nos dois primeiros dias fora da internação, 7 e 8 de novembro, Rafael ingeriu 4 e 5 doses de vodka (segundo ele, uma dose menor por estar próximo a sua filha). No dia 9 de novembro ocorreu a internação onde foi realizada a coleta de dados da presente dissertação.

Do dia 9 de novembro de 2015 a 5 de abril de 2016, Rafael estava sendo submetido ao tratamento e as atividades terapêuticas do instituto de dependência química (cinco meses). A partir do quarto mês lhe foi permitido sair com mais frequência e ele teve sua primeira recaída na semana referente a sessão 18 da psicoterapia (semana 13 de março de 2016), ficando posteriormente 23 dias sem ressocializações, até o dia 5 de abril. A recaída não foi registrada, pois não estava no período de três meses após o término da Etapa FAP.

No terceiro dia da sua ressocialização (8 de abril), Rafael teve sua segunda recaída (5 doses) e ficou quinze dias proibido de sair (tentativa de desintoxicação). A partir do dia 24 de abril de 2016, foi combinado entre os profissionais que, mesmo que houvesse uma reincidência, o residente não seria proibido de continuar saindo, já que ele estava a mais tempo e precisava treinar suas habilidades fora da clínica. Ele teve mais duas recaídas, dia 30 de abril (8 doses) e 1 de Julho (3 doses), ficando 60 dias sem ingerir álcool, mesmo saindo todos os dias na rua. Também foi registrado mais 4 dias sóbrio entre a última recaída e sessão de acompanhamento (na qual o episódio foi discutido).

A amostra de 16 dias registrada no TLFB antes de se submeter a um tratamento para dependência química e os relatos das sessões garantiram um panorama do padrão de consumo de álcool de Rafael (altas doses todos os dias durante décadas). Mesmo após um período de dois meses de internação (primeiro tratamento), ele retomou o uso (a dose menor pode ser explicada pela proximidade com sua filha, semelhante aos finais de semana que consumia menos ao vê-la). Após iniciar o segundo tratamento, Rafael teve 82 dias disponíveis fora da clínica (120 dias no total, somando 30 dias dentro do delineamento e 90 dias entre o encerramento da fase FAP e a sessão de acompanhamento, subtraindo 38 dias que a equipe não permitiu a saída) e utilizou álcool apenas quatro vezes (a primeira vez sem registro, as outras três vezes doses menores que anteriormente – 5, 8 e 3). Assume-se que a diminuição na taxa de comportamentos de beber e quantidade de álcool

ingerida foi um ganho terapêutico propiciado pela intervenção da clínica e a FAP. Como explicado anteriormente, Rafael estava se relacionando melhor com a equipe terapêutica, iniciou um relacionamento afetivo após ter alta e a frequência de CCRs2 havia aumentando na sessão de acompanhamento. As oportunidades de obter reforço social (durante 8 meses) e progressivamente outros reforçadores (tomar café, comprar jornal, trazer um bolo, ir ao banco etc) em um ambiente seguro provavelmente aumentaram as chances do participante se manter em abstinência.

Antes da sua entrada no tratamento, Lucas utilizou cocaína e crack nos dias de 2016: 5 a 8 de fevereiro, 15 a 19 de fevereiro, 22 a 26 de fevereiro, 29 de fevereiro a 4 de março, 7 a 11 de março, 15 de março, 18 e 19 de março, 31 março a 2 de abril, 9 e 10 de abril, 14 a 17 de abril, 28 de abril a 2 de maio. A estimativa para o participante foi um episódio de uso durante a semana, no período da madrugada depois do trabalho, enquanto ficava nos finais de semana com a sua família. Progressivamente esse quadro se inverteu, quando ele começou a “se segurar” durante a semana, porém nos feriados saía de casa para buscar droga, ficando sábado e domingo sem voltar para residência. Após três finais de semana seguidos sem conseguir se controlar, ele entrou no centro de tratamento. Três meses após o encerramento do delineamento, o padrão de Lucas foi: o primeiro mês não utilizou nenhuma droga (final de agosto e o mês de setembro), 31 de setembro, 7 de outubro, 11 de outubro, 15 e 16 de outubro, 18 de outubro, 26 de outubro, 1 e 2 de novembro, 16 de novembro, 30 de novembro, 1 e 2 de dezembro. O padrão compreendido foi usos inicialmente algumas vezes por semana e, ao sentir que estava perdendo o controle, uma tentativa de procurar cocaína e crack a cada 15 dias.

Analisando os dados quantitativos podemos levantar hipóteses de melhora para o participante, visto que Lucas passou de 41 dias (de 90) usando cocaína/crack, enquanto após o tratamento, 14 dias (de 90). Entretanto, ao levarmos em consideração a baixa frequência de CCRs2 e o conteúdo das verbalizações do cliente na sessão de acompanhamento, podemos tirar conclusões diferentes. Lucas se manteve um mês em abstinência da droga mantendo atividades prazerosas que não exigiam uma interação interpessoal profunda (por exemplo, futebol) e provavelmente ficou menos tempo em casa, em contato com sua esposa. Ao se ferir e ser obrigado a ficar de repouso, perdeu o acesso aos reforçadores positivos e aumentaram as interações aversivas entre o casal, o que levou a recaída. O cliente não estava dando ênfase ao trabalho psicoterapêutico para alterar o próprio repertório, sinal que não tinha tomado consciência o suficiente da importância em relacionar melhor os eventos e lidar efetivamente com o cônjuge (ele também saiu da clínica e não manteve contato com os profissionais pelo mesmo motivo, como descrito na discussão da sessão de *follow up*). O consumo de cocaína registrado parece ainda não estar grave, porém Lucas relatou a sensação de “estar perdendo o controle” e a frequência aumentar progressivamente. Não é possível tirar conclusões se o padrão se

instalará novamente ou ele conseguirá romper com o ciclo da recaída, para isso teríamos que continuar registrando seu comportamento, porém os indícios não levam a um prognóstico otimista. Para Rafael, apesar de parecer estar melhor, apenas com a continuidade do registro teríamos certeza que o cliente se manteve em abstinência, mas neste caso, o aumento na frequência de CCRs2 e as relações observadas extrassessão levam a crer que há maiores chances de recuperação.

CONCLUSÃO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) vem ganhando validação empírica para uma ampla gama de quadros clínicos, porém até onde se tem conhecimento, a literatura dirigida para o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) parece escassa. Apesar de compartilhar o mesmo quadro conceitual de outros tratamentos importantes da área (Carrol & Onken, 2005) e apresentar alguma evidência do seu funcionamento (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012), havia necessidade de uma análise mais minuciosa sobre seu impacto em diferentes aspectos do repertório dessa população. O objetivo do presente trabalho foi avaliar os efeitos da FAP sobre o repertório de indivíduos institucionalizados que preencheram os critérios diagnósticos para TUS. Para isso foi conduzido um delineamento quase-experimental A/A+B com dois participantes, onde A se referiu a Conceituação de Caso e Análise de Contingências Externas e B o uso sistemático da FAP. Cinco pontos de coleta de cada fase experimental e uma sessão de acompanhamento três meses depois de encerrado o delineamento foram categorizados com o instrumento FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) para obtenção dos registros de comportamentos dentro da sessão (CCRs). As mudanças extrassessão relacionadas a sintomas comumente identificados em transtornos psiquiátricos foram registradas semanalmente com o OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) e o frequência e intensidade do abuso de substâncias, três meses antes e três meses depois do delineamento, com o TLFB (Sobell & Sobell, 1994).

Os resultados apontaram para a diminuição na frequência de comportamentos-problema e aumento de comportamentos de melhora em sessão para ambos os clientes com a introdução da FAP na fase A+B, em especial a Regra 3-2 (responder contingente a comportamentos de melhora). O achado colabora com as hipóteses levantadas por Gifford et al. (2011) e Holman et al. (2012) de que a aplicação da FAP poderia alterar os CCRs de dependentes de substância. Nos dois estudos anteriores, os autores utilizaram delineamentos que não permitiram avaliar o efeito exclusivo da psicoterapia, por adotarem processos terapêuticos com intervenções mistas. Por exemplo, Holman et al. (2012) aplicou quatro intervenções comportamentais diferentes e registrou a mudança dos participantes em inventários padronizados (sintomas, qualidade de vida). Uma comparação entre os escores antes e depois do tratamento relevaram melhora clínica, mas o autor não foi capaz de indicar qual das intervenções havia promovido determinadas mudanças terapêuticas. O avanço do presente estudo foi a possibilitar a observação da FAP, isolada de outras variáveis que poderiam alterar o repertório dos participantes (o tratamento da clínica se manteve estável e apenas a FAP foi manipulada), e registrar os comportamentos do terapeuta e do cliente dentro da sessão, o que permitiu atribuir a FAP, especificamente o responder contingente do terapeuta a CCRs2, a mudança no repertório interpessoal dos clientes.

A pesquisa também replicou os achados anteriores a respeito do efeito na FAP sobre comportamentos em sessão e a atribuição da Regra 3-2 como principal mecanismo de mudança clínico da psicoterapia (Geremias, 2014; Lima, 2017; Mangabeira, 2014; Oshiro et al., 2012; Villasbôas, 2015).

A respeito da manutenção dos ganhos terapêuticos, Gifford et al. (2011) e Holman et al. (2011) associaram a aplicação da FAP a mudança na frequência de abuso de drogas extrassessão, o que também foi possível verificar nesta dissertação de mestrado. A frequência de CCRs2 e o conteúdo das verbalizações na sessão de acompanhamento e o registro proporcionado pelo Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1994) levantaram uma hipótese do impacto da terapia sobre o abuso de drogas dos clientes. Para o participante Rafael, a continuidade das sessões de psicoterapia, o ambiente seguro que disponibilizava reforçadores alternativos e a taxa de CCRs2 na sessão de acompanhamento se relacionou a diminuição de autoadministração de álcool em um *follow up* de três meses. Para Lucas, o término abrupto do tratamento, a não continuidade do vínculo com a instituição e a baixa taxa de CCRs2 na sessão de *follow up* indicou, qualitativamente, um retorno progressivo ao padrão de dependência de substâncias. Dois pontos importantes merecem ser destacados: não é possível assumir que o primeiro participante *continuará* melhorando e que o segundo participante *continuará* piorando, para isso deveria ser conduzido outras sessões de acompanhamento e administração do TLFB (além disso, com o encerramento da internação, novas contingências de reforçamento não planejadas podem afetar os clientes). Em segundo lugar, não é possível afirmar se a FAP foi responsável pela mudança na frequência de abuso ou outros componentes do tratamento (terapia de grupo, orientação, exercícios físicos etc). É sugerido que novas pesquisas isolem a FAP de determinada maneira que seja possível averiguar qual seu efeito sobre a autoadministração de substâncias no *follow up* e que o acompanhamento seja feito com maior frequência (3, 6 e 12 meses, ao invés de apenas após 3, por exemplo).

Como pontos fracos, também levanta-se a metodologia proposta, devido seu controle limitado de variáveis. O poder explicativo conquistado nesse projeto foi pautado na relação entre a VI manejada e a alteração nas VDs registradas, a replicação entre sujeitos e a comparação de efeitos semelhantes da FAP em pesquisas que utilizaram delineamentos experimentais mais refinados (Geremias, 2014; Lima, 2017; Mangabeira, 2014; Oshiro et al., 2012). É sugerido que novas pesquisas avaliem o efeito da FAP na população acometida por dependência de substâncias em desenhos experimentais que possibilitem afirmar com maior propriedade seu efeito, como o delineamento experimental de reversão ou linha de base múltipla entre participantes (Kazdin, 2003; Sampaio et al., 2008).

A respeito da aferição de concordância, apesar de se defender que os níveis apresentados foram razoáveis, o índice de percentagem bruta não alcançou 80% em todas as sessões e não foi possível calcular o coeficiente Kappa (Suen & Ari, 1989) em um dos atendimentos. Parte do problema se encontra no tempo disponível de treino para os aferidores independentes. É sugerido que o treino com categorizadores e o contato com o manual FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) ocorra mais cedo durante a pesquisa, desta forma será possível avaliar a concordância das sessões de psicoterapia comparando a categorização do pesquisador e auxiliares com domínio no instrumento (comparação entre interpretação da conceituação de caso e sessões entre observadores). No presente estudo não apenas os índices de concordância iniciais, mas as dificuldades apresentadas pelos categorizadores nos conceitos de cada categoria do FAPRS, levou o pesquisador a realizar mais treinos e tentativas.

Em relação aos resultados do instrumento OQ-45.2 (Lambert et al., 2004), o inventário não apresentou oscilações entre as fases experimentais e não detectou nenhuma classe clínica dos dois participantes. Lambert et al. (2004) discute que para realizar um registro de medidas extrassessão em psicoterapia, é importante que o pesquisador utilize o maior número de fontes de informações, desta forma é possível cruzar os dados destas fontes e inferir como as intervenções e os ganhos terapêuticos se relacionam com a generalização fora da sessão. Apesar de não ser o ponto mais importante do estudo, é sugerido que as próximas pesquisas levem em consideração que diferentes instrumentos podem não ser sensíveis a depender da população e, como neste exemplo, as características dos participantes.

Apesar das limitações encontradas na presente pesquisa com o delineamento experimental proposto, os aferidores de concordância e um dos instrumentos de medida extrassessão, os dados foram pioneiros em sugerir que a Psicoterapia Analítica Funcional altera comportamentos clinicamente relevantes em sessão de dependentes químicos e, caso o manejo clínico consiga produzir manutenção dos CCRs2, estes acompanham a mudança no comportamento de abusar de substâncias.

REFERÊNCIAS

- Alcoólicos Anônimos. (1994). *Alcoólicos Anônimos*. São Paulo: Centro de Distribuição de Literatura AA para o Brasil. (Originalmente publicado em 1939)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5. 5th.ed)*. Washington: APA
- Bakeman, R., & Gottman, J.M. (1986). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Banaco, R. A. (2013) *Terapia Comportamental*. In: Zanelatto, N. A.; Laranjeira, R. (orgs.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Bernardes, A. M. T. (2008). *Efeito de enriquecimento ambiental na auto-administração oral de álcool em ratos*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia Experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo
- Bolling, M. Y., Kohlenberg, R. J., & Parker, C. R. (2000). Behavior analysis and depression. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 127-152). Reno, NV: Context Press.
- Borloti, E. B., Haydu, V. B. & Machado, A. R. (2015). Crack: Análise comportamental e exemplos das funções da dependência. *Acta Comprtamentalia*, 23, 3, 323-338
- Busch, A. M., Callaghan, G. C., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
- Callaghan, G. M., & Follete, W. C. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*. 9 (1), 57-97.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (8), 1452–1460
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. 4ª edição. (D.G. de Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Carvalho, L. F. & Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do OutcomeQuestionnaire (OQ-45). *Psico-USF*, 14 (3), 309-316
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quase-experimentation: Design and analysis issues for Field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ferreira, M. P. & Laranjeira, R. (1998). Dependência de substâncias psicoativas. In: L. M. Ito (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (pp. 105-121). Porto Alegre: Artmed

Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record*, 17, 341-347

Follete, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavior understading of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641

Fonseca, N. M. (2016). *Efeitos de workshop de Psicoterapia Analítica Funcional sobre habilidades terapêuticas*. Projeto de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na psicoterapia analítica funcional: Delineamento experimental de caso único*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson H. M., Piasecki, M. P., Antonnucio, D. O. & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focussed behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-15

Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press

Hersen, M., & Barlow, D. H. (1976). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Changes*. New York, Pergamon

Heyman, G. M. (1996). Resolving the contradictions of addiction. *Behavioral and Brain Sciences* 19, 561-610

Higgins, S. T., Heil, S. H. & Sigmon, S. C. (2007). A Behavioral Approach to the Treatment of Substance Use Disorders. In: Sturmey, P. (Org.) *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 261-282). Burlington: Elsevier.

Holman, G., Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Haworth, K., Jacobson, E. & Liu, S. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a Framework for Implementing Evidence-Based Practices: The Example of Integrated Smoking Cessation and Depression Treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7, 2-3, 58-62

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive - Behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467. Kazdin, 2002

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 213-229.

Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80, 455-465.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André, ESETec

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (2001). Progression in therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (2), pp. 143-151

Kazdin, A. E. (1986). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. Cambridge: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (2003). The case study and single-case research designs. In A. Kazdin, *Research Design in Clinical Psychology* (4th ed.; pp. 265–299). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34 (1), pp. 26-38.

Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2004). Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (5), 492–499.

Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D.R., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa, K., et al. (2004). Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.

Laranjeira, R.; Madruga, S.C.; Pinsky, I.; Caetano R. & Mitsuihiro, S. (2012). *II LENAD: Levantamento nacional de álcool e drogas*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Unidade de pesquisas em álcool e drogas

Laranjeira, R.; Pinsky, I.; Zaleski, M. & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população Brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

Leite, M. C & Andrade, A. G. (1999). *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, ARTMED

Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25 , 255-86

Leonardi, J. L. & Bravin, A. A. (2011). Uma Introdução à Farmacologia Comportamental. *Interação em Psicologia*., 15(2), 193-201

Lima, G. O. (2017) *Psicoterapia Analítica Funcional como Tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único*. Projeto de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

López Bermúdez, M. A., Ferro, R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.

Lovo, A. R. B. R. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de transtorno de ansiedade social: delineamento experimental de caso único*. Projeto de mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Mangabeira, V. (2014). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Mangabeira, V., Kanter, J. W., & Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2-3), 78-89

Marczyk, G., DeMatteo, D. & Festinger, D. (2005). *Essentials of research and methodology*. New Jersey: John Wiley and Sons.

Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: O que é e como fazer*. Campinas, Roca.

Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: A filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e cultura*, 42, 585-592

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental. Em (orgs.) Tourinho, E. Z. & Luna, S. V. *Análise do Comportamento. Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas*. São Paulo: Roca, 2010, v. 1, pp. 153-174.

Moreira, F. R. (2016). *Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de crianças vítimas de abuso sexual*. Projeto de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

O'Farrell, T. J., & Schein, A. Z. (2000). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 (1), 51-54.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: A psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Oshiro, C. K. B. (2015) The mechanism of change involved in Functional Analytic Psychotherapy. In *44th International Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*. Philadelphia, Pennsylvania

Oshiro, C. K. B., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). A Single-Case Experimental Demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with Two Clients with Severe Interpersonal Problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7, 2-3, 111-116

Perkins, K.A, Conklin, C.A., & Levine, M.D. (2007). *Cognitive-Behavior Therapy for Smoking Cessation: A practical guidebook to the most effective treatments*. London: Routledge.

Petry, N. M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treatment of cocaine abusers: How low can we go, and with whom? *Addiction*, 99, 349-60.

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

Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R., & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12 (1), pp. 151-164

Schuster, C. (1994). O comportamento da busca de drogas: suas implicações para as teorias de dependência de drogas. *A natureza da dependência das drogas*. In Edwards, G. & Lader, M. (orgs.). pp. 206-231. Artes Médicas

Sidman, M. (1976). *Táticas da pesquisa científica: Avaliação dos dados experimentais na psicologia*. (M. E. Paiva, Trad.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Original publicado em 1960)

Silverman, K., Roll, J. M. & Higgins, S. T. (2008). Introduction to the special issue on the behavior analysis and treatment of drug addiction. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2008 Winter, 41(4), 471–480

Simões, E. F. (2014). *Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277

Skinner, B. F. (1981). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov e R. Azzi, Trans.) São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).

Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Acton, Massachusetts: Copley

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1994). *Timeline Followback (TLFB) User's Manual*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Sousa, A.C.A. & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em psicologia*, 9, 381-390.

Suen, H. K. & Ari, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2010). Using the therapist-client relationship: A behavioral treatment for complex PTSD. In Boos, A. (Ed.): *Die beiden Seiten der Bewältigung: Psychotherapeutische und juristische Aspekte schwerer Traumatisierungen*.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. Seattle: Springer

Tawney, J.W. & Gast, D.L. (1984). *Single Subject Research in Special Education*. Columbus, OH: Merrill

Vandenberghe, L., Furtado da Cruz, A. C., & Ferro, C. B. L. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial (Group therapy for patients with chronic orofacial pain). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 31-40.

Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105-114.

Villas-bôas, A. A. (2015). *Efeitos de análises de contingências sobre comportamentos clinicamente relevantes e sobre mudanças extra sessão*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Vartanian, J. F. (2017). *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevante na Psicoterapia Analítica Funcional*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Villas-bôas, A. A. (2015). *Efeitos de análises de contingências sobre comportamentos clinicamente relevantes e sobre mudanças extra sessão*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Xavier, R. N. (2014). *A Psicoterapia Analítica Funcional com crianças*. Projeto de Doutorado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36 (1), 87-119

Wilson, K. G. & Byrd, M. R. (2004). ACT for Substance Abuse and Dependence. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. In (orgs.) S, Hayes. & K. D., Strosahl. pp. 153-184. Springer-Verlag US

Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para categorização e análise dos comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

O presente trabalho intitulado “Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias” é uma pesquisa de mestrado do psicólogo Alan Souza Aranha sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

1. Somente eu terei acesso ao conteúdo das sessões e dos registros;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro e protegido da observação de terceiros;
3. Mantereí sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas e relevantes;
4. Devolverei todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original;
5. Comprometo-me a entregar a transcrição dentro de 3 dias corridos para que não comprometa a pesquisa em andamento.

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

____/____/____

Data

Assinatura do Aferidor(a)

Assinatura do Pesquisador

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE

Prezado participante,

Convidamos a participar do projeto de pesquisa de mestrado que será conduzido por mim, Alan Souza Aranha, pesquisador responsável.

Para que você decida se pode colaborar conosco, esclareceremos resumidamente a seguir, o que será feito. Se, depois de ler, você tiver dúvidas e necessitar esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

A pesquisa consiste na condução de um atendimento psicoterapêutico, com sessões semanais de 50 minutos. As sessões serão conduzidas de acordo com a Terapia Comportamental e, a partir de determinado momento, será introduzido a intervenção com foco na relação terapêutica (relacionamento existente entre terapeuta e cliente), assim como prevê a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

Dessa maneira, o período inicial da terapia será conduzido sem o foco na relação terapêutica. Posteriormente será introduzida a FAP com o objetivo de melhorar a relação entre terapeuta e cliente.

Durante a pesquisa suas tarefas serão: comparecer semanalmente às sessões e preencher questionários em momentos distintos da terapia, com duração média de dez minutos por ocorrência. Nossas sessões serão filmadas e gravadas por câmeras de áudio e vídeo e também serão gravadas interações fora da sessão entre você e uma pessoa relevante de sua vida, escolhida por você conjuntamente com o terapeuta, mas a interrupção das gravações poderá ser solicitada a qualquer momento por você. As gravações serão utilizadas apenas para análise de dados da referente pesquisa e não serão publicadas. É importante ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação no procedimento e eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente.

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:

Não é previsto nenhum risco específico decorrente da pesquisa já que ela tem como objetivo a melhora de suas relações terapêuticas por meio do atendimento psicoterapêutico. Dessa forma, os possíveis riscos existentes são semelhantes aos de outros processos psicoterapêuticos.

Métodos alternativos existentes:

Outras formas de psicoterapia podem levar a (antes) aos previstos pelo procedimento da presente pesquisa, de modo que, caso seja de sua escolha, você pode se recusar a participar do presente procedimento, realizando as outras formas de psicoterapia e tratamento disponíveis nesta instituição.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

Durante toda a pesquisa, terapeuta e orientadora estarão atentos e discutirão as suas reações frente aos procedimentos psicoterapêuticos propostos. Caso seja observado qualquer prejuízo para você, o procedimento será suspenso. O terapeuta e a orientadora estarão à disposição durante toda a pesquisa para esclarecimentos adicionais.

Liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:

Mesmo que você concorde em participar, caso sinta qualquer desconforto, proveniente ou não da pesquisa, você poderá, a qualquer momento, suspendê-la. É importante que você comunique seu terapeuta sobre a desistência, caso ela ocorra. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas e, no caso de interrupção de ambas, todo o material coletado será destruído.

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

As informações prestadas por você durante os atendimentos, as gravações e áudios de sessões e os questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Somente o pesquisador/terapeuta, a orientadora e os aferidores de concordância do grupo de pesquisa terão acesso às filmagens, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com a Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e será assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com o pesquisador. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto ao pesquisador por meio do e-mail: alansaranha@usp.br

Cordialmente,

Alan Souza Aranha
Pesquisador Responsável

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____

Eu, _____, R.G.: _____, li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios que posso ter. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado (a) que serei atendido (a) sem custos para mim. Aceito participar do projeto de pesquisa descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

Sorocaba, de de 20.....
Assinatura do cliente _____

ANEXO III – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Prezados aferidor (a) de concordância e pesquisador,

O presente trabalho intitulado “Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias” é uma pesquisa de mestrado do psicólogo Alan Souza Aranha e está sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

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

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

____/____/____

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____