UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

VICTOR MANGABEIRA CARDOSO DOS SANTOS

EFEITOS DA SINALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES NA PSICOTERAPIA
ANALÍTICA FUNCIONAL

São Paulo

2014

VICTOR MANGABEIRA CARDOSO DOS SANTOS

EFEITOS DA SINALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES NA PSICOTERAPIA
ANALÍTICA FUNCIONAL

(Versão corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Beatriz Meyer

São Paulo

2014

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

Catlogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Mangabeira, Victor.

Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional / Victor Mangabeira; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2014.

130 f.

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

1. Psicoterapia analítica funcional 2. Análise comportamental aplicada 3. Delineamento experimental de caso único 4. Relação Terapêutica I. Título.

RC480

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Mangabeira, V.

Título: Efeitos da Sinalização de Intervenções na Psicoterapia Analítica Funcional

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Doutor em
Ciências. Concentração: Psicologia Clínica.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha amada Julia.
Se você pôde, eu posso...

AGRADECIMENTOS

*À minha querida orientadora **Sonia Meyer**, que iniciou minha formação como clínico e desde então me cativou a cultivar sua presença cada vez mais perto de mim. Obrigado por modelar sempre o melhor em mim e por ficar constantemente atenta às minhas mudanças. Com você aprendi a ser terapeuta e com você aprendo em todas as nossas conversas, que de tantas que aconteceram, acabaram por gerar uma amizade e um carinho que estão cravados nos melhores espaços do meu coração. Agradeço por toda a sua compreensão e cuidado nesse longo caminho, que foi regado por muitas mudanças. Você acreditou em mim. Torço para que eu sempre responda à altura da pessoa que é meu modelo de pesquisadora e clínica: você.*

*À minha amada esposa **Marilena Peixoto**, que desde o início de nossa trajetória me ensina as alegrias da vida e por quem vale a pena enfrentar todas as dificuldades. Obrigado por me apoiar nas minhas conquistas e me confortar em todas as derrotas. Obrigado por ter construído uma linda família comigo, o que me motiva diariamente a buscar o melhor em mim e no que faço. Você faz parte de cada passo e de cada conquista que tive. Você faz minha vida muito mais feliz. Obrigado por ser meu porto seguro.*

*À minha amada filha **Julia Peixoto Mangabeira**, que tanto lutou para estar ao lado da minha esposa e de mim. Obrigado filha por dar muito mais sentido a cada dia ao seu lado e a cada mínima conquista sua. O seu sorriso e sua alegria são exemplos de vida. Certamente sou uma pessoa melhor por conta de você.*

*Às minhas amadas **Belinha Bibi** e **Mel Alice**, que me acompanharam em muitas noites de trabalho.*

*Aos meus pais, **Walter Cardoso** e **Marisol Mangabeira**, por me apoiarem a buscar meu caminho e meus sonhos, independente do que fosse. Vocês estimularam minha curiosidade sobre o mundo. Você são pais maravilhosos.*

*À minha querida irmã **Jessica Mangabeira**, que sempre celebrou minhas vitórias e se preocupou comigo.*

*À minha amada avó **Maria Helena Morgado**, por todo o amor e carinho que sempre teve comigo. Você é meu modelo de dedicação.*

*Ao meu avô **Santos**, por abrir a porta, mesmo quando estava cansado.*

*Aos meus avós, **José** e **Lucia**, por estarem sempre por perto.*

*Aos meus tios, **Valquiria**, **Rose** e **Edson**, por todos os momentos maravilhosos que passamos juntos e por estarem presentes em cada uma de minhas conquistas.*

*Ao meu grande amigo **Arnaldo Cheixas**. Obrigado pelos incontáveis encontros, conversas, eventos, etc. Você tem sido um ótimo amigo nos momentos mais importantes da minha vida!*

*Aos meus grandes amigos e padrinhos de casamento **Emerson Simões** e **Pedro Zuccolo**. Obrigado pelos papos, jantares e diversões. A ABPMC sem vocês não tem graça!*

*À minha amiga, companheira e sócia, **Beatriz Alckimin**. Obrigado pelas inúmeras discussões e pelo apoio e incentivo ao longo desse trajeto.*

*Aos **pais e mães de UTI** que conheci ao longo desse caminho, nosso apoio mútuo tornou possível eu continuar meu trabalho em diante.*

*À **Maria Teresa Araújo Silva**, que me ensinou nos primeiros passos pela Análise do Comportamento. Obrigado por acreditar em mim e me acolher como seu aluno antes mesmo de encerrar o primeiro curso de AEC que eu fazia. Obrigado por respeitar e apoiar meu caminho em desbravar a pesquisa clínica. Você faz parte da minha história e tem um espaço cativo no meu coração.*

*À **Miriam Garcia Mijares**, que se tornou uma grande amiga, me apoiando nos momentos mais importantes nesses últimos anos. Obrigado pelo carinho e cuidado.*

*Ao **Roque Paulo** pelas diversas cervejas e conversas sobre a vida.*

*À **Claudia Oshiro**, que se tornou uma grande amiga ao longo desse processo. Obrigado por todos os conselhos, por todas as discussões e pelos puxões de orelha. Tornei-me um pesquisador melhor com sua ajuda.*

*Ao **Jonathan Kanter** por todo o apoio e discussões que envolveram esse trabalho. Obrigado por me acolher em sua família e por me ajudar a me tornar um pesquisador e pessoa melhores.*

*À **Barbara Mohor**, que tanto me ajudou ao longo desse trabalho. Seu empenho e dedicação me surpreendem. Obrigado pela amizade que construímos.*

*À todos os meus **amigos**, que não me deixaram esquecer que momentos de diversão são importantes para dar cor à vida e sabor às conquistas.*

*Aos meus **professores de Análise do Comportamento** que ajudaram a construir meu caminho.*

*À todos que já fizeram ou fazem parte do grupo de pesquisa e supervisão **“Estrelas do Lattes”**: Alessandra Villas-Bôas, Ana Carolina Fraceschini, Claudia Oshiro, Daniela Tsubota, Giovana Del Prette, Jan Leonardi, Lígia Carvalho, Marcia Kameyama, Mariana Castelli, Milena Geremias, Patrícia Rossi, Rodrigo Xavier e Tauane Gehm. Obrigado por*

compartilharem momentos maravilhosos de aprendizado e diversão. Vocês foram essenciais no desenvolvimento desse trabalho e no meu desenvolvimento pessoal!

*À todos os membros do antigo e novo **Laboratório de Psicofarmacologia**: Ana Paula, Ana Torres, Anderson, Estela, Fabio Leyser, Fernanda Libardi, Fernanda Pezzato, Hernando, Juliana Bizeto, Liane Dahias, Luguí, Talita, William, Yulla,,. Obrigado por fazerem parte do meu aprendizado e por me acolherem mesmo depois de ter terminado minhas pesquisas no laboratório. Obrigado pela amizade construída ao longo desses anos.*

*Aos funcionários do **serviço de Pós-Graduação do IP**, em especial aos funcionários da Pós-Graduação em Psicologia Clínica: **Claudia, Cícera, Ana e Moisés**. Todos foram essenciais ao longo desses anos.*

*À **Edite** e ao **Virgílio**, sem eles essa pesquisa não seria possível. Obrigado por cativarem em mim a vontade de ajudar e de entender o processo terapêutico.*

*Aos meus **clientes**, que me ensinam coisas novas todos os dias e motivam minha busca por se tornar cada vez melhor para ajudá-los.*

*Ao **CNPq** pela bolsa concedida inicialmente para a realização deste trabalho.*

*À **FAPESP** pela bolsa concedida para a realização deste trabalho.*

*“De tanto não parar a gente chegou lá
Do outro lado da montanha onde tudo
começou...”*

(Pra sonhar, Marcelo Jeneci)

RESUMO

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

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) baseia-se no behaviorismo radical e propõe como mecanismo de mudança a modelagem de comportamentos clinicamente relevantes (CCR) na interação terapêutica. Diversas pesquisas tem comprovado a eficácia desse mecanismo de mudança, porém um estudo detalhado das variáveis envolvidas nessa modelagem se faz necessário. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivos verificar os efeitos sobre os CCRs produzidos por dois tipos de intervenções: FAP não sinalizada (FAPNS) e FAP sinalizada (FAPS), e comparar essas intervenções com intervenções analítico comportamentais com foco em análise de contingências externas à terapia (ACE). As intervenções FAPNS consistiram na modelagem de CCRs na interação terapêutica. Já as intervenções FAPS, além da modelagem continham as seguintes variáveis: 1. sinalização e descrição pelo terapeuta da ocorrência de CCRs na interação com o cliente; 2. descrição do terapeuta ao cliente do impacto que os CCRs produzem nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.); e 3. paralelos realizados pelo terapeuta dos comportamentos do cliente em sessão e fora dela.. Foi utilizado um delineamento intra-sujeito de reversão, de tratamentos múltiplos (A1 – B1 – A2 – C1 – A3 – B2 – A4 – C2 – A5) para estudar os efeitos dessas intervenções em dois clientes com problemas em relacionamentos interpessoais. A ordem de apresentação das fases foi alternada para cada participante. As sessões foram filmadas e analisadas utilizando o instrumento Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS. Foram analisadas 27 sessões de cada participante. Os resultados corroboram que a modelagem dos CCRs é o mecanismo de mudança na FAP, visto que os CCRs2 aumentaram de frequência e os CCRs1 diminuíram nas fases em que a FAPS ou FAPNS foram introduzidas. Com o delineamento utilizado conseguimos observar as reversões nas frequências de CRBs nas mudanças entre as fases FAP e ACE. Não foram encontradas diferenças evidentes entre as duas formas de intervenção, FAPS e FAPNS, indicando que a modelagem ocorre quando o terapeuta apresenta a consequência adequada aos CCRs, independente da descrição dos comportamentos.

Palavras-chaves: Psicoterapia analítica funcional, Análise comportamental aplicada, Delineamento experimental de caso único, Relação Terapêutica.

ABSTRACT

Mangabeira, V. (2014). *Effects of signaling interventions in functional analytic psychotherapy*. Doctoral thesis. Institute of Psychology, University of São Paulo.

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is based on radical behaviorism and proposes that the shaping of clinically relevant behavior (CRB) is the instrument of behavioral change. Many researches demonstrated this mechanism, but a detailed analysis of the variables is necessary. The objective of this research was to study the effects of two different FAP interventions on CRBs: Non-signalized FAP Interventions (FAPNS) and signalized FAP interventions (FAPS), and compare those interventions with sessions of behavioral psychotherapy, with focus on analysis of contingencies external to therapy (ACE). FAPNS interventions consist of shaping the client's behavior throughout the course of therapeutic interaction. FAPS interventions, in addition to shaping CRBs during therapeutic interaction, contain the following variables: 1) signaling and description by the therapist of the occurrence of CRBs during the interaction with the client, 2) description of the CRB's impact on the therapist (e.g., the therapist's feelings, thoughts, etc., produced by the client's CRBs), and 3) description of parallels between CRBs and the client's behavior outside therapeutic setting. We used a within-subject withdrawal design with multiple treatments (A1 - B1 - A2 - C1 - A3 - B2 - A4 - C2 - A5) to study those variables in two clients with interpersonal relationship problems. We controlled the order of presentation of each phase for the participants. The sessions were filmed and then coded using the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale-FAPRS. 27 sessions of each participant were analyzed. The results show that the shaping process of CRBs is the main mechanism of change in FAP since the CRBs 2 increased while the CRBs 1 decreased during FAPS and FAPNS phases. We observed the reversion of CRBs frequencies between FAP and non FAP phases (ACE), but we did not find differences between FAPS and FAPNS interventions. This indicates that the shaping process of CRBs occur when the therapist presents the precise consequences for each CRBs, even if the consequences do not include the description of the behaviors that take place between therapist and client.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Ilustração da sala de atendimento do Laboratório de Terapia Comportamental.....	29
Figura 2.	Ilustração das diferentes fases do delineamento adotado.....	41
Figura 3.	Frequência relativa da Regra 2 e Regra 3 para a participante Edite.....	49
Figura 4.	Frequência relativa da Regra 2 e Regra 3 para o participante Virgílio.....	50
Figura 5.	Frequência relativa das Regras 3-1; 3-2; 3-1-NS; 3-2-NS para a participante Edite.....	51
Figura 6.	Frequência relativa das Regras 3-1; 3-2; 3-1-NS; 3-2-NS para o participante Virgílio.....	52
Figura 7.	Frequência relativa de CCRs 1 e 2 para a cliente Edite ao longo das fases do delineamento.....	54
Figura 8.	Frequência relativa de CCRs 1 e 2 para o cliente Virgílio ao longo das fases do delineamento.....	55
Figura 9.	Frequência relativa de CCRs 1 e 2 da participante Edite nas duas fases FAPS (B1 e B2) e duas fases FAPNS (C1 e C2).....	56
Figura 10.	Frequência relativa de CCRs 1 e 2 do participante Virgílio nas duas fases FAPS (B1 e B2) e duas fases FAPNS (C1 e C2).....	58
Figura 11.	Média da frequência relativa dos CCRs 1 e 2 da participante Edite ao longo das cinco fases ACE.....	59
Figura 12.	Média da frequência relativa dos CCRs 1 e 2 do participante Virgílio ao longo das cinco fases ACE.....	60
Figura 13.	Frequência relativa de CCRs3 ao longo das fases para a participante Edite.....	61
Figura 14.	Frequência relativa de CCRs3 ao longo das fases para o participante Virgílio.....	62
Figura 15.	Frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para a participante Edite.....	63
Figura 16.	Frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para o participante Virgílio.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados de identificação dos participantes.....	25
Tabela 2.	Categorias dos comportamentos do terapeuta e cliente do FPRS e categorias adicionadas para a pesquisa.....	31

LISTA DE SIGLAS

Instrumentos

FAPRS Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional

Categorias do Terapeuta – FAPRS

Regra 1	Terapeuta avalia CCR
Regra 2	Terapeuta evoca CCR
Regra 3-1	Terapeuta responde efetivamente ao CCR1
Regra 3-2	Terapeuta responde efetivamente ao CCR2
Regra 3-IN	Terapeuta responde de forma inadequada ao CCR
Regra 4	Terapeuta avalia o efeito da sua resposta sobre o cliente
Regra 5	Terapeuta implementa estratégias de generalização
TTR	Terapeuta foca na relação terapêutica
TPR	Terapeuta engaja em comportamentos de progresso da sessão
Regra 2-NS	Terapeuta evoca CCR de forma não sinalizada
Regra 3-1-NS	Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 de forma não sinalizada
Regra 3-2-NS	Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 de forma não sinalizada
Regra 3-3	Terapeuta responde efetivamente ao CCR3
Regra 3-3-NS	Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 de forma não sinalizada

Categorias do Cliente – FAPRS

CCR1	Comportamento clinicamente relevante 1
CCR2	Comportamento clinicamente relevante 2
CTR	Cliente foca na relação terapêutica
CPR	Cliente engaja em comportamentos de progresso da sessão
CCR3	Comportamento clinicamente relevante 3
O1	Relatos de problema fora da sessão
O2	Relatos de melhora fora da sessão

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	Declaração de Ciência.....	93
ANEXO 2.	Consentimento Livre e Esclarecido para os Clientes.....	95
ANEXO 3.	Termo de Compromisso e Responsabilidade.....	99
ANEXO 4.	Formulação dos Casos Clínicos.....	101

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
O Laboratório de Terapia Comportamental	3
A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).....	4
As cinco regras da FAP	6
Histórico das pesquisas envolvendo a FAP.....	9
Evocar, responder contingente e comportamento verbal	17
Delineamento intra-sujeito	19
Justificativa e Objetivos	22
MÉTODO	24
Participantes	24
Clientes	24
Pesquisador-Terapeuta.....	26
Concordância entre observadores.....	26
Situação e Equipamentos	28
Instrumentos	29
Procedimento	39
Aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos	47
RESULTADOS	48
DISCUSSÃO.....	65
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	83
Declaração de ciência.....	93
Consentimento livre e esclarecido para os clientes	95
Termo de compromisso e responsabilidade	99
Formulação dos casos clínicos	101

A pesquisa clínica em psicologia se faz necessária por diversas razões, tais como, delimitar pontos de igualdade e diferença entre as diversas abordagens (Watzke, Rueddel, Koch, Rudolph, & Schulzl, 2008); garantir a minimização de vieses das diferentes áreas de pensamento (Aveline, 2006); proporcionar melhor compreensão dos fenômenos estudados e seu mecanismo de mudança; e produzir conhecimentos que justifiquem a prática terapêutica por parte dos psicólogos. Além disso, temos de levar em consideração que estas pesquisas em grande parte embasam as decisões de terapeutas em suas práticas, dão suporte a políticas de saúde e auxiliam a formação de novos terapeutas (Meyer, 2006, 2009).

Estas justificativas impulsionam a pesquisa em psicoterapia, que tem avançado com diferentes objetivos de pesquisa. Um deles é busca de informações sobre a eficácia e eficiência das diferentes formas de psicoterapia (Kazdin, 1982 e 1992). Em relação a essa questão, atualmente, os pesquisadores defendem a ideia de que a psicoterapia produz mais resultados do que nenhuma outra forma de intervenção (Meyer, 2006). Ainda assim, várias pesquisas buscam a validação de novas formas de intervenção, principalmente devido ao atual cenário nos Estados Unidos, em que o sistema de saúde depende da comprovação de resultados das psicoterapias para garantir financiamentos (Winter, 2006; Hofmann & Spiegel, 1999).

Dessa forma, uma área da pesquisa clínica debruça-se especialmente sobre o estudo dos resultados das diferentes formas de intervenção. Historicamente, essa área (pesquisas de resultado) está relacionada a uma diferenciação das diferentes abordagens clínicas e por isso se aproxima dos objetivos de outra área da pesquisa clínica (pesquisas de processo). Nesse caso, a busca de fatores comuns e específicos nas diferentes abordagens de psicoterapia foi o que moveu tais pesquisas (Neno, 2005).

Dentro da pesquisa de processo, com relação à terapia analítico-comportamental, diversas pesquisas surgiram com o objetivo de descrever e melhor compreender o processo de mudança, principalmente no que diz respeito à interação terapeuta-cliente. Resultados relevantes têm sido encontrados em pesquisas brasileiras e entre os grupos de destaque encontra-se o grupo de pesquisadores coordenado pela professora Dra. Sonia Beatriz Meyer no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Nessas pesquisas o processo terapêutico é estudado observando-se diferentes variáveis e com diferentes medidas. Mais adiante algumas dessas pesquisas serão discutidas, mas nesse momento cabe destacar que elas confirmam a importância da relação terapêutica na terapia analítico-comportamental.

A relação terapeuta-cliente e a relação terapêutica que surge ao longo do processo, apesar de conterem explicações valiosas sobre a mudança clínica, não eram o principal enfoque das intervenções e pesquisas pelos terapeutas analítico-comportamentais antes da década de 80. Sua importância ganhou impulso num movimento que ficou conhecido como terapias de terceira onda (Hayes, 1987). Nessa época, diferentes formas de intervenções surgiram dentro da Terapia Comportamental privilegiando a relação terapêutica como mecanismo importante na mudança clínica. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma das formas de terapia surgidas nesse período e que se debruçou em uma releitura da relação terapêutica em uma perspectiva analítico-comportamental (Tsai et al., 2009). Este modelo de terapia se configura como sendo teórico e conceitualmente sólido e demonstra-se bastante útil no processo clínico, como apontam diversas publicações (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Vandenberghe, 2003, 2007).

O Laboratório de Terapia Comportamental

Dentro do Laboratório de Terapia Comportamental um grupo de pesquisa é coordenado pela Professora Dra. Sonia Beatriz Meyer. Os objetivos das pesquisas realizadas são muito diversos, mas pode-se destacar como uma busca comum o desenvolvimento e a avaliação de métodos de coleta de dados de sessões de psicoterapia que identifiquem os efeitos que os comportamentos de um membro da díade terapeuta-cliente produzem sobre o outro (Meyer, 2009).

Nesse sentido, as pesquisas desenvolvidas no laboratório apresentam diferenças, principalmente, quanto ao delineamento e medidas utilizados. Apesar disso, uma das principais preocupações ao longo do desenvolvimento de todas as pesquisas foi a obtenção de medidas repetidas ao longo do processo por permitirem estimativas sobre o grau de variabilidade no comportamento de interesse, seu nível de ocorrência e tendências aparentes (Meyer, 2009).

Dentre os diversos delineamentos empregados destacam-se os estudos descritivos (Barbosa, 2001; Brandão, 2003; Yano, 2003; Nardi, 2004; Del Prette, 2006 e 2011; Zamignani, 2007; Rocha, 2008; Silveira, 2009; Rossi, 2012; Starling, 2010; Kameyama, 2012; Xavier, 2010; e Sadi, 2011), delineamento quase experimental (Taccola, 2007), delineamento experimental de caso único (Novaki, 2003; Ireno, 2007; Oshiro, 2011; Geremias, 2014 e Simões Filho, 2014) e estudos descritivos com comparação de grupos (Donadone, 2004 e 2009; e Meyer, 2009; Rossi, 2012).

Diversas medidas das variáveis dependentes e independentes foram utilizadas. Estas medidas foram de categorias que em alguns casos foram pré-definidas, em outros pós-definidas ou ainda houve sistemas de categorias pré-definidas que permitem individualização. As medidas foram expressas em frequência, duração, porcentagens, análises sequenciais com cálculo de probabilidade de transição. O

principal cuidado nas medidas é que elas não interfiram no processo terapêutico de forma a torná-lo artificial. Dessa forma, não são manipuladas VDs que interfiram na relação terapêutica a ponto de descaracterizar a prática clínica tal como conhecemos. O mesmo pode ser levado em consideração para as VIs estudadas. Existe um cuidado em não manipular variáveis que afetam consideravelmente o processo terapêutico, comprometendo seus resultados.

A presente pesquisa insere-se nesses objetivos gerais do laboratório utilizando um delineamento experimental de caso único. Para as medidas foram utilizadas categorias pré-definidas com individualização por serem as mais adequadas aos objetivos levantados.

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

A psicoterapia Analítica Funcional (do inglês Functional Analytic Psychotherapy - FAP) criada na década de 80 por Kohlenberg e Tsai (1991/2001) foi desenvolvida para explicar algumas mudanças terapêuticas profundas encontradas com clientes difíceis que eram atendidos com a terapia comportamental. O objetivo foi usar as bases do behaviorismo Skinneriano para explicar as variáveis envolvidas na relação terapêutica¹.

Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2001), os clientes se comportam na vida diária de acordo com as contingências de reforçamento presentes ao longo de suas vidas e o mesmo ocorre na interação com o terapeuta. Sendo assim, as mudanças

¹ É apresentada aqui apenas uma breve descrição da FAP já que ela encontra-se sistematizada em quatro livros (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Tsai et al., 2009; Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012).

terapêuticas devem ocorrer nas contingências presentes na sessão terapêutica. Para isso acontecer o cliente precisa emitir, na interação com o terapeuta, comportamentos semelhantes àqueles que ocorrem fora do ambiente terapêutico. O terapeuta pode, então, modelar tais repertórios do cliente e produzir mudanças terapêuticas. As interações entre terapeuta e cliente, que constituem a relação terapêutica, são o principal mecanismo de mudança para a FAP (Tsai et al., 2009).

Para auxiliar na identificação dos comportamentos do cliente que devem ser alvo de intervenção do terapeuta foram criadas três grandes classes de comportamentos clinicamente relevantes (CCR). Os CCRs 1 são definidos como os comportamentos-problemas que ocorrem na interação terapêutica e os CCRs 2 os comportamentos de melhora associados a eles. Os CCRs3 são as descrições, realizadas pelos clientes, das variáveis controladoras de seus comportamentos (tanto dentro como fora da sessão terapêutica). Como é esperado que as mudanças terapêuticas no repertório do cliente se generalizem para fora do ambiente terapêutico duas categorias de comportamentos do cliente foram adicionadas no segundo livro (Tsai et al., 2009) como uma medida indireta de generalização. Elas seriam os relatos de comportamentos-problema (do inglês Behavior Outside of session - O1) e de comportamentos de melhora (O2) ocorridos fora da sessão.

O terapeuta deveria, então, estar atento à ocorrência dos CCRs na interação com o cliente e responder o mais contingente possível para que a mudança terapêutica ocorresse. Espera-se, segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2001), que os CCRs 1 estejam presentes em maior frequência no início da terapia, mas que tenham sua frequência diminuída ao longo do processo. O contrário é esperado para os CCRs 2 e CCRs3. Sobre essa última categoria de CCRs, os CCRs do tipo 3, vale ressaltar que estes parecem contribuir para as mudanças no repertório do cliente e para a generalização

para fora da terapia. Um estudo que está sendo desenvolvido sob orientação da Dra. Sonia Meyer pretende investigar algumas dessas hipóteses (Villas-Bôas, 2011).

Para aumentar a probabilidade dos terapeutas realizarem intervenções de acordo com a proposta da FAP, Kohlenberg e Tsai (1991/2001) agruparam os comportamentos importantes do terapeuta durante a sessão em cinco regras. Tais regras devem guiar o comportamento dos terapeutas, mas não são prescritivas no sentido de descreverem a única maneira de se trabalhar com a FAP.

As cinco regras da FAP

Segundo Tsai, Kohlenberg, Kanter & Waltz (2009), as regras da FAP podem auxiliar o terapeuta a aproveitar oportunidades terapêuticas que de outras maneiras passariam despercebidas na interação terapeuta-cliente. As cinco regras que serão brevemente discutidas aqui são: 1. Observar a ocorrência dos CCRs; 2. Evocar CCRs; 3. Reforçar CCRs; 4. Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação ao cliente; e 5. Prover análises funcionais e implementar estratégias de generalização.

1. Observar a ocorrência dos CCRs: Essa é uma das regras mais importantes, pois descreve algumas das características da terapia, do terapeuta e do comportamento verbal do cliente que podem servir de pistas para a ocorrência de CCRs na interação terapêutica. Quanto mais atento estiver o terapeuta à ocorrência dos CCRs mais provável é que ele responda naturalmente a eles, produzindo as mudanças terapêuticas esperadas na FAP. Assim, o terapeuta deve levar em consideração não apenas características como sua idade, seu sexo, o tempo estruturado da sessão, o pagamento, etc. e seu impacto sobre o comportamento do cliente, mas também deve ficar atento

para seus sentimentos e reações ao cliente. Essas respostas do terapeuta na interação com o cliente podem sugerir a ocorrência de CCRs na sessão.

2. Evocar CCRs: Cabe à situação terapêutica e ao terapeuta evocar CCRs 1 e naturalmente utiliza-los como precursores para a emissão de CCRs 2. Assim, a estruturação da sessão, bem como técnicas evocativas, podem auxiliar o terapeuta a naturalmente trazer CCRs 2 para a interação. O terapeuta pode emitir mandos ao cliente, utilizar exercícios de associação livre, exercícios escritos, etc. com o objetivo de evocar CCRs 1 e CCRs 2. Segundo os autores, a relação terapêutica deve estar suficientemente forte para que o terapeuta evoque consistentemente CCRs do cliente.

3. Reforçar CCRs: Essa regra descreve que o terapeuta deve responder de maneira contingente aos CCRs 1 e CCRs 2 do cliente. As possíveis respostas ao CCR1 são extinção, punição (a simples sinalização de sua ocorrência poderia servir como consequência punitiva natural). Frente aos CCRs 2 o terapeuta deve naturalmente prover reforçadores, para aumentar sua frequência na interação. Essa intervenção pode ser considerada o “coração” da FAP, pois o reforçamento diferencial das respostas do cliente pode naturalmente produzir mudanças, tornando CCRs 1 em precursores de CCRs 2 e estabelecendo esses últimos no repertório do cliente. Os autores discutem que muitas vezes durante o processo o terapeuta deverá utilizar intervenções sobre comportamentos inadequados que poderão ter efeito aversivo (como, por exemplo, descrever a ocorrência de um CCR na sessão), mas que tais intervenções são necessárias e exigem “coragem” do terapeuta. Eles ainda discutem que as intervenções sobre os CCRs 1 devem ser realizadas depois de o cliente ter emitido um CCR2 incompatível com o CCR1 que será analisado (o que poderia diminuir a aversividade das intervenções sobre os CCRs 1).

4. Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do

terapeuta em relação ao cliente: O terapeuta deve constantemente avaliar o efeito que seus comportamentos têm sobre as respostas do cliente e para isso pode utilizar dois tipos de intervenções/estratégias: estratégias explícitas e implícitas. As estratégias explícitas seriam as falas que colocariam em evidência a ocorrências de algum comportamento-problema ou melhora do cliente na sessão, por exemplo: “Como você está se sentindo agora, depois de eu dizer que você às vezes provoca incomodo em mim?” ou “Você percebe que está sendo agressivo como faz fora da sessão, como você está se sentindo? Como acha que estou me sentindo?”. As estratégias implícitas são as observações do terapeuta sobre seus sentimentos, pensamentos e emoções na interação com o cliente e após as sessões. Trata-se da observação pelo terapeuta do seu efeito sobre o cliente sem explicitamente perguntar a ele.

5. Prover análises funcionais e implementar estratégias de generalização:

O terapeuta deve prover ao cliente análises sobre as variáveis controladoras dos seus comportamentos dentro e fora da sessão. De preferência o terapeuta deve descrever paralelos entre os comportamentos do cliente fora e dentro da sessão. Além disso, o terapeuta pode solicitar ao cliente tarefas de casa como, por exemplo, emitir um CCR2 frente a um determinado contexto de sua vida diária.

Apesar das regras descreverem as variáveis que devem controlar o comportamento do terapeuta ao realizarem intervenções da FAP pode-se dizer que elas não têm caráter prescritivo. Assim, as regras são flexíveis, permitindo maneiras diversas de se aplicarem as intervenções da FAP que melhor se adaptem às características pessoais do terapeuta ou da cultura em que ele está inserido (desde que respeitadas as premissas básicas). Essa flexibilidade permite, por exemplo, que uma mesma regra produza falas totalmente diferentes pelo terapeuta. Dessa maneira, um

terapeuta, ao prover consequência a um CCR2 pode simplesmente mostrar interesse natural pela forma como o cliente está falando ou descrever para o cliente que a forma como está falando é um CCR2 e isso produz nele, terapeuta, determinadas respostas naturais. Como podemos observar são intervenções muito diferentes, mas que seguem as regras propostas. No primeiro caso, o terapeuta não descreve variáveis da relação com o cliente, o que podemos pensar que seria uma intervenção menos aversiva. Já no segundo caso, a discussão de aspectos da interação terapêutica pode produzir sentimentos negativos e ser aversivo para o cliente.

A discussão do que é aversivo na interação terapêutica é muito ampla, mas será que essas intervenções que aparentemente são mais aversivas produzem melhores resultados em uma terapia FAP? Será que é essa característica da FAP que produz mudanças? Ou será que tais intervenções apenas produzem mudanças mais rápidas? Essas são, enfim, algumas das questões que motivaram a presente pesquisa.

De qualquer forma, os mecanismos responsáveis pela mudança na FAP foram discutidos teoricamente e estudados empiricamente desde sua formulação inicial. Um breve histórico das pesquisas realizadas é apresentado a seguir.

Histórico das pesquisas envolvendo a FAP

A busca por evidências empíricas que sustentassem a FAP se iniciaram logo após sua proposição por Kohlenberg e Tsai (1991/2001). Inicialmente, grande parte das pesquisas referia-se a relatos de experiências clínicas ou análises teóricas da FAP. Aos poucos as pesquisas teóricas e de relato de caso deram espaço para pesquisas com metodologias e/ou delineamentos experimentais mais rigorosos (Mangabeira, 2011). Atualmente, existem mais de 80 pesquisas abordando especificamente a FAP (Mangabeira, Kanter & Del Prette 2012). Garcia (2008) e Baruch et al. (2009)

discutem que os objetivos das pesquisas iniciais eram a busca pelas especificações do mecanismo de funcionamento da FAP, descrevendo teoricamente o processo de uma terapia que utilizasse a FAP. Em seguida, os objetivos das pesquisas passaram a ser a busca por evidências empíricas, de preferência experimentais, isolando e identificando as variáveis do mecanismo de mudança para demonstrar seus efeitos nos comportamentos dos clientes.

Diversos pesquisadores apontaram resultados positivos na aplicação da FAP em clientes com diferentes transtornos psicológicos ou em diferentes contextos de atendimento. (Mangabeira, Kanter & Del Prette 2012) descreve ao menos 21 perfis de clientes atendidos nas pesquisas com a FAP, dentre eles: Transtorno Depressivo Maior (López Bermudez, Ferro & Calvillo, 2010), Transtornos de Personalidade (Callaghan, Summers & Weidman, 2003) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (Mendes & Vanderberghe, 2009).

Além de aplicações em clientes com diferentes perfis, algumas pesquisas se propuseram a integrar a FAP com outras formas de intervenção como Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês Acceptance and Commitment Therapy – ACT), Terapia Cognitiva-Comportamental e Behavior Activation (BA). Segundo Mangabeira (2012), aproximadamente 37% das pesquisas analisadas apresentaram como tema principal a discussão ou utilização de intervenções FAP e dessas 34% tratavam da integração da FAP com outras formas de intervenção. Destacam-se os trabalhos de Paul, Marx e Orsillo (1999), Gaynor e Lawrence (2002), e Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg e Gifford (2004).

Alguns estudos se destacaram por produzir instrumentos de medidas específicos para terapias FAP, o que auxiliou o avanço nas pesquisas da área. Callaghan (2006a) desenvolveu uma escala de Avaliação Funcional de Habilidades

Interpessoais para Terapeutas (do inglês, Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists, FASIT) com o objetivo de identificar, avaliar e potencializar habilidades necessárias para um terapeuta FAP. Callaghan (2006b) desenvolveu o Sistema de Avaliação Idiográfico Funcional (do inglês, The Functional Idiographic Assessment Template System - FIAT), que consiste em um instrumento auxiliar na identificação dos CCRs 1 do cliente. Callaghan e Follette (2008) e Callaghan, Follette, Ruckstuhl e Linnerooth (2008) apresentaram a Escala de Categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (do inglês, Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS) que consiste na sistematização de comportamentos do terapeuta e cliente em categorias específicas para um processo da FAP.

Algumas pesquisas se destacaram ao longo desses anos por produzirem dados empíricos e/ou experimentais, contribuindo assim para a sustentação do mecanismo de funcionamento da FAP.

Kohlenberg e Tsai (1994) utilizaram a FAP integrada com a Terapia Cognitiva tradicional no atendimento de um homem de 35 anos diagnosticado com depressão. Foram 13 sessões nas quais as primeiras sete consistiam no tratamento tradicional da Terapia Cognitiva e a partir da oitava sessão foram introduzidas intervenções baseadas na FAP. Tais intervenções consistiam na observação de relatos de pensamentos e expressões de sentimentos inadequados e a discussão dos mesmos na relação terapêutica. Os pesquisadores aplicaram o Inventário de depressão de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) ao longo das sessões e os resultados apontaram uma acentuada redução no escore, que se manteve na avaliação de acompanhamento. Os autores discutem que o cliente trabalhou mais questões de problemas interpessoais após a introdução de intervenções FAP.

A importância dessa pesquisa está no fato de que é uma das primeiras tentativas de produzir dados sistemáticos sobre uma terapia utilizando a FAP. Algumas limitações são apontadas pelos autores. O fato de ser utilizado apenas um participante reduz a validade externa do estudo. Além disso, a integração da Terapia Cognitiva com a FAP manteve algumas características da primeira que não puderam proporcionar uma terapia FAP completa. O delineamento utilizado não permite afirmar que a melhora se deve apenas pela introdução da FAP, pois a melhora na depressão pode ter se dado pelas intervenções iniciais da Terapia Cognitiva. Existe também a possibilidade da passagem do tempo ter proporcionado a melhora na depressão.

Utilizando um delineamento semelhante, Paul, Marx e Orsillo (1999) trataram um jovem de 20 anos diagnosticado como exibicionista. Foram utilizadas escalas de auto avaliação e questionários que mensuravam comportamentos inadequados. Foram realizados cinco meses de atendimentos com intervenções baseadas na ACT e cinco meses com intervenções integrando a ACT e a FAP, nessa ordem. Sessões de acompanhamento foram realizadas após seis meses do término da terapia. Os principais resultados apontam para um rápido decréscimo nas escalas de auto avaliação dos comportamentos considerados alvo das intervenções.

Novamente as limitações aplicadas no estudo anterior de Kohlenberg e Tsai (1994) podem ser discutidas nessa pesquisa. A integração das terapias não permite afirmar se é a FAP ou quais mecanismos dela que são responsáveis pelas mudanças terapêuticas observadas.

Com o objetivo de estudar melhor a integração de diferentes terapias com a FAP Kohlenberg, Kanter, Bolling e Parker (2002) apresentaram uma sistematização de como poderia ser a integração da FAP com a Terapia Cognitiva (FECT – FAP

Enhanced Cognitive Therapy) e desenharam um delineamento de grupo para comparar as intervenções (Terapia Cognitiva - TC - e FECT). Participaram do estudo 46 clientes diagnosticados com depressão. Desses 18 foram encaminhados para TC e 28 para FECT. Foram utilizados escores de questionários e escalas validados como variáveis dependentes. Os resultados obtidos apontam para uma tendência de favorecimentos dos resultados obtidos com a FECT em comparação com a TC. As diferenças não foram significativas para todas as medidas adotadas, mas esse estudo é importante por ser um dos poucos a utilizar um delineamento de grupo para estudar efeitos da FAP. Mais uma vez a integração da FAP com outras formas de terapias não amplia o conhecimento dos diferentes mecanismos presentes nas intervenções FAP que produzem mudanças, apesar de ampliar dados positivos na direção de que a proposta da FAP produz efeitos terapêuticos claros e mensuráveis.

Buscando estudar os efeitos da resposta contingente aos CCRs como proposto na FAP, Kanter et al. (2006) utilizaram um delineamento do tipo A/A+B (em que A era a Terapia Cognitiva e A+B a Terapia Cognitiva integrada com intervenções da FAP). A principal intervenção da FAP selecionada nesse estudo foi a resposta contingente aos CCRs. Foram atendidos dois clientes diagnosticados com depressão. As variáveis dependentes foram os comportamentos-alvo das intervenções FAP e foram mensurados ao longo do processo por cartões de auto registro. Os resultados apontaram uma diminuição significativa dos comportamentos-alvo depois da introdução da FAP no procedimento (fase A+B) para um dos clientes. O outro participante desistiu ao longo do processo e foi considerado como fracasso. A melhora observada se manteve nas sessões de acompanhamento. A limitação desse estudo novamente está no fato de que as interações entre terapeuta e cliente não foram

estudadas de maneira micro processuais, isto é, não se sabe exatamente como foram as respostas do terapeuta a cada ocorrência de CCRs do cliente.

A limitação apontada acima foi o principal ponto de análise da pesquisa realizada por Busch et al. (2009). Os pesquisadores analisaram o caso bem sucedido relatado na pesquisa anterior utilizando o sistema FAPRS (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale), criado especialmente para mensurar os comportamentos importantes em uma interação da FAP. As hipóteses estudadas foram se: 1. Após a introdução da FAP os CCRs 1 do cliente diminuíram e os CCRs 2 aumentaram; 2. Se os comportamentos do terapeuta de enfoque na relação terapêutica tiveram sua frequência aumentada na fase em que a FAP foi introduzida; e 3. Se a análise sequencial dos comportamentos da interação cliente-terapeuta demonstraria que as respostas do terapeuta foram mais efetivas na fase FAP. Os resultados apontaram que as hipóteses levantadas estavam corretas. Com isso, os autores discutem que tais dados ampliam a consistência em torno do mecanismo de funcionamento da FAP enquanto aquilo que produz a mudança na terapia. Os autores sugeriram novas pesquisas micro processuais em torno dos mecanismos que envolvem a mudança na FAP, visto que poucos dados foram produzidos até então.

Impulsionada por essas pesquisas, Oshiro, Kanter & Meyer (2012) desenvolveu uma pesquisa experimental com dois clientes difíceis (os critérios propostos são ter 1) verborragia, 2) falta de correspondência com a fala do terapeuta, 3) fala superficial e, 4) agressões verbais). O delineamento utilizado foi de sujeito único seguindo o seguinte arranjo: A-B1-C1-B2-C2, sendo: A- terapia sem intervenções programadas; B1 e B2- introdução da FAP e, C1 e C2- retirada da FAP. Os resultados encontrados apontam que o delineamento permitiu a manipulação das intervenções baseadas na FAP e sua introdução apenas em algumas fases do delineamento. Os CCRs 1 dos

clientes selecionados apresentaram maiores frequências nas fases C1 e C2 e tiveram uma diminuição com a introdução da FAP (fases B1 e B2). O inverso foi observado para os CCRs 2 e CCRs3. Segundo Oshiro, Kanter & Meyer (2012) o delineamento utilizado apresentou-se como sendo uma boa ferramenta na pesquisa clínica e os resultados sustentam a hipótese de que o principal mecanismo de mudança envolvido na FAP é a modelagem direta dos CCRs ocorrendo na interação terapêutica.

Geremias (2014) realizou um estudo de replicação dos dados encontrados na pesquisa de Oshiro (2012) utilizando como participante um cliente difícil. Na busca de eliminar o viés do pesquisador ser também o terapeuta, foi utilizado um terapeuta independente do pesquisador para atender o participante nas sessões de terapia. Os dados encontrados identificaram a FAP como uma variável independente efetiva que promoveu o aumento de CCRs 2 e a diminuição de CCRs 1, tal qual observado em Oshiro, Kanter & Meyer (2012).

Todas as pesquisas discutidas acima tinham como objetivo a investigação empírica da FAP, evidenciando seu efeito na melhora do cliente. Observa-se que ao longo desse processo houve a busca de refinamento e operacionalização de uma terapia FAP. As características essenciais, como a conceituação de caso utilizando-se os CCRs e as cinco regras do terapeuta, fazem parte do que é esperado nesse tipo de terapia. Recentemente, esse processo foi ainda melhor operacionalizado no que é chamado de interação lógica na FAP (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2012). Weeks et al. (2012) apresentou doze passos lógicos que ocorrem durante uma interação da FAP e que estão diretamente ligados às cinco regras da FAP: 1. Terapeuta provê paralelos de comportamento de fora para dentro, 2. Cliente confirma a precisão do paralelo, 3. Terapeuta evoca um CCR, 4. Cliente emite um CCR1, 5. Terapeuta responde contingente a esse CCR1, 6. Cliente emite um CCR2, 7. Terapeuta responde

contingente a esse CCR2, 8. Cliente emite mais CCR2, 9. Terapeuta sobre os efeitos de suas respostas sobre o cliente, 10. Cliente emite mais CCR2, 11. Terapeuta promove a generalização apresentando paralelo de comportamentos de dentro para fora da sessão e 12. Cliente afirma que tentará emitir tais comportamentos fora da sessão. Essa sequência de passos deveria ocorrer em interações FAP significativas, porém os autores afirmam que não há necessidade de todos os passos ocorrerem na mesma sessão. A única exceção são os passos que envolvem as Regras 2 e 3 (passos 3 a 8), já que o terapeuta deve responder contingente ao CCR após evoca-lo.

Essa sistematização proposta por Weeks et al. (2012) permite a visualização “ponto-a-ponto” da interação FAP, permitindo o estudo de variáveis ainda mais específicas que compõem alguns dos passos propostos. Por exemplo, espera-se que nas intervenções FAP o terapeuta evoque e seja mais contingente do que em terapias que não se utilizam dessas intervenções. Assim como espera-se que a frequência de CCRs 2 e 3 aumentem, enquanto a frequência de CCRs 1 diminua. Com base na sistematização proposta, bem como outras sistematizações encontradas na literatura (Busch et al., 2009; Kanter et al., 2006), é possível realizar estudos sobre antigos questionamentos, como o estudo das variáveis mínimas envolvidas nas intervenções FAP que produziriam esses resultados esperados na terapia. A possibilidade de isolar algumas das regras e modificá-las para estudar seus efeitos é um enorme avanço para a área da pesquisa clínica e principalmente da pesquisa sobre a FAP.

Apesar de a FAP passar por um processo de operacionalização de suas características ainda mais rigoroso do que o apresentado por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), ainda assim há muito que ser estudado. Sabe-se que o processo principal que promove a mudança é a evocação e o responder contingente aos CCRs do cliente. A proposta da FAP destaca que esse responder contingente deve expressar de maneira

genuína a interação que existe naquele momento entre cliente e terapeuta. Para isso, o terapeuta deve destacar o impacto que o CCR emitido pelo cliente tem sobre si. Outras descrições são apresentadas sobre a evocação e o responder contingente, mas pouco se sabe quais aspectos dessas intervenções facilitam a mudança, e nenhuma operacionalização é apresentada. O estudo das variáveis envolvidas nesse processo traria benefícios ao aprendizado e aplicação da FAP.

Evocar, responder contingente e comportamento verbal

Boa parte da interação ocorrida entre terapeuta e cliente no ambiente clínico pertence à categoria de comportamento verbal (Medeiros, 2002). Este é definido como uma resposta sob controle do reforçamento mediado por um ouvinte treinado na mesma comunidade verbal (Skinner, 1957).

Podemos considerar que toda a interação lógica envolvida no processo da FAP envolve comportamento verbal e, portanto, podemos propor uma operacionalização da evocação e do responder contingente do terapeuta utilizando-se esses conceitos.

Durante as sessões FAP o terapeuta busca, utilizando falas na interação com o cliente, evocar CCRs 1 e CCRs 2, para em seguida responder contingente a eles. Tanto na evocação como no responder contingente, Kohlenberg e Tsai (1991/2001) apresentam exemplos que privilegiam a descrição completa pelo terapeuta da interação que está ocorrendo em sessão. Isto é, um terapeuta FAP evocaria um CCR2 de um cliente com dificuldades de estabelecer relações íntimas, por exemplo, da seguinte maneira: “Acho que você está tentando me dizer algo importante e difícil para você, será que você conseguiria aprofundar um pouco mais o que está me dizendo?”. Porém, também são discutidos exemplos mais sutis, em que a resposta esperada do cliente não é descrita.

A mesma lógica é aplicada para o responder contingente do terapeuta: por se tratar de uma proposta de terapia que utiliza comportamentos que ocorrem na interação terapêutica, o terapeuta deveria descrever para o cliente o comportamento de melhora ou problema que acabou de ocorrer.

Estamos, portanto, tratando de intervenções verbais do terapeuta que têm como objetivo promover mudanças no repertório do cliente. Essas respostas verbais descritivas do terapeuta podem se caracterizar como mandos e tatos acompanhados de autoclíticos.

Tatos são respostas verbais sob controle de estímulos físicos. Na terapia, a descrição de eventos, comportamentos ou, por exemplo, o impacto de comportamentos do cliente sobre o terapeuta são tatos.

Mandos são respostas verbais que estão sob o controle de reforçadores específicos a serem fornecidos pelo ouvinte. Nesse caso, a evocação de CCRs pelo terapeuta pode ser entendida como tal.

Autoclíticos são respostas verbais que acompanham comportamentos verbais e modificam seus efeitos sobre o ouvinte. Skinner (1957) propõe algumas categorizações de autoclíticos em função das formas como ele altera o comportamento verbal que acompanha. Existem autoclíticos descritivos, autoclíticos como mandos, autoclíticos qualificadores e quantificadores.

A importância desses operantes verbais sobre a prática terapêutica, principalmente a importância dos autoclíticos, foi apontada por Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer, & Starling (2008). Se considerarmos a evocação e responder contingente na FAP, tal como proposto acima, reconheceremos que se trata de intervenções verbais carregadas de autoclíticos. O terapeuta FAP realiza descrições, qualificações e quantificações ao responder contingentemente os CCRs do cliente.

Esse tipo de intervenção pode aumentar a efetividade de reforçadores, estímulos aversivos e mandos (evocação) utilizados pelo terapeuta em sessão. O interessante é que tais intervenções podem ser efetivas sem os autoclíticos que as acompanham, se levarmos em consideração os pressupostos da análise do comportamento (Skinner, 1953/1970). Porém, a FAP propõe que seus efeitos podem promover mudanças mais rápidas nos clientes quando acompanhados desses descritores. Essa diferença nas intervenções nunca foi apresentada de maneira explícita na proposta da FAP, mas é objeto de estudo da análise experimental do comportamento na pesquisa com operantes verbais (Faleiros & Hübner, 2007).

Com o avanço na operacionalização e estudo empírico da FAP vale a pena nos perguntarmos sobre diferenças nos efeitos da modelagem de CCRs de cliente em sessão a depender da maneira como o terapeuta intervém. Levando em consideração que a descrição dos CCRs para o cliente e a descrição do impacto sobre o terapeuta podem funcionar alterando o efeito da evocação e responder contingente do terapeuta, podemos propor que tais intervenções possuem efeitos diferentes no responder dos clientes? Talvez intervenções FAP que contenham essas descrições produzam um aumento de CCRs 2 e 3 e uma diminuição de CCRs 1 mais acentuados. Tais intervenções têm sido apresentadas na proposta da FAP como uma nova maneira de utilizar a interação terapêutica na produção de mudança para o cliente. Sendo assim, uma operacionalização e estudo empíricos de tais características da FAP auxiliaria o avanço na operacionalização da terapia FAP como um todo.

Delineamento intra-sujeito

Quando discutimos delineamentos, dois deles se destacam: delineamentos intra-sujeito e delineamentos de grupo.

A principal diferença do delineamento intra-sujeito para o delineamento de grupo está nas condições a que são expostos os participantes. No delineamento de grupo os participantes são alocados em uma das condições experimentais (Variável Independente – VI) e os efeitos medidos nas variáveis dependentes (VD) são comparados entre os grupos. Nesse caso a unidade principal de comparação entre os grupos são as médias das VDs. Algumas críticas são levantadas na análise do comportamento quando falamos da comparação de médias. A principal crítica aponta que não existe um indivíduo com o desempenho médio (Sampaio et al., 2008; Skinner, 1938).

No delineamento experimental intra-sujeito o mesmo participante passa por todas as condições da VI e os efeitos nas VDs são comparados utilizando o próprio desempenho do participante em cada fase. Com isso, ganha-se maior validade interna nos dados, mas perde-se em generalização ou inferência (Kazdin, 1982). Sobre esse último ponto, Sidman (1960), argumenta que para realizarmos uma pesquisa desse tipo exige-se uma busca constante pelo controle experimental das variáveis pertinentes. Esse controle leva, invariavelmente, a uma compreensão precisa do fenômeno, permitindo-se isolar e verificar o efeito de boa parte das variáveis que o afetam. Nesse sentido, não existiria uma perda na generalização, mas esta se daria quando da replicação sistemática ou direta da pesquisa em questão. Com isso, Sidman (1960) atesta a importância de pesquisas de replicação.

Com um delineamento experimental intra-sujeito podemos utilizar a reversão das variáveis ou condições (conhecido também como delineamento A-B-A-B). Nesse delineamento repetimos a apresentação de uma VI e medimos a VD repetidas vezes. Essa prática aumenta a validade interna e permite afirmar que a VI é a variável responsável pelas mudanças na VD. Devemos, no entanto, levar em consideração que

apenas podemos estudar mudanças comportamentais que sejam reversíveis, ou selecionar VDs que sejam sensíveis às mudanças nas VIs em cada fase (Machado, 1991). Tal delineamento se adequa à prática clínica já que o terapeuta frequentemente seleciona intervenções diversas ao longo do processo terapêutico. Assim, um delineamento que permita a inserção de VIs ao longo do processo parece flexível o suficiente para o estudo da prática clínica.

Apesar do fato de que a replicação das condições experimentais no mesmo sujeito serve para aumentar o poder de demonstração do controle experimental, quando aplicamos esse delineamento na clínica temos de levar em consideração que não podemos manipular qualquer VI ou medir o efeito de qualquer VD sem que tenhamos prejuízos ao processo terapêutico. Assim, todas essas decisões metodológicas devem ser analisadas antes da utilização desse tipo de delineamento (Baer, Wolf & Risley, 1968).

Em pesquisas aplicadas, um delineamento de reversão que tem ganhado espaço é denominado delineamento de tratamento múltiplo ou A-B-A-C-A (Grass, 1990). Nesse delineamento são observados os efeitos de dois ou mais tipos de tratamento (VIs). Nesse delineamento pode-se aplicar a condição de replicação, obtendo-se um delineamento do tipo A-B-A-C-A-B-A-C-A. A vantagem desse delineamento de reversão é que pode-se observar o efeito de duas ou mais formas de intervenção sobre um mesmo grupo de comportamentos (VDs).

Pelas características apontadas acima, com o objetivo de investigar diferentes tipos de intervenções baseadas na FAP, foi selecionado o delineamento intra-sujeito de tratamentos múltiplos para a presente pesquisa.

Justificativa e Objetivos

Levando em consideração os pontos abordados acima, podemos organizá-los na justificativa do presente estudo. A FAP é uma forma de terapia relativamente recente e carece de estudos micro processuais que analisem pormenorizadamente as variáveis envolvidas na mudança terapêutica. Sua descrição nos manuais (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001 e Tsai et al., 2009), seus pressupostos e premissas são bastante claros, mas as regras propostas aos terapeutas são flexíveis, tornando possível que diferentes intervenções sejam realizadas a partir de sua proposta. Por esse motivo, a busca pela sistematização e operacionalização tem sido realizada nos últimos anos. A presente pesquisa se trata da busca de um avanço na descrição e operacionalização de intervenções evocativas e o responder contingente do terapeuta aos CCRs do cliente. Algumas questões foram levantadas ao longo desse processo: Será que existem diferentes maneiras de realizar a evocação e modelagem de CCRs na interação terapêutica na promoção de mudanças clínicas na FAP? Será que o terapeuta deve descrever para o cliente as interações ocorridas em sessão? Será que tais intervenções são mais aversivas para terapeuta e cliente? Será que tais intervenções produziram resultados mais contundentes no processo terapêutico?

De posse dessas e outras perguntas o pesquisador selecionou algumas variáveis que podem envolver as intervenções da FAP. Essas variáveis foram: 1) a sinalização e descrição pelo terapeuta da ocorrência de CCRs na interação com o cliente; 2) a descrição do terapeuta ao cliente do impacto que os CCRs produzem nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.); e 3) os paralelos realizados pelo terapeuta dos comportamentos do cliente em sessão e fora dela (*in to out*). Essas variáveis foram estudadas, principalmente, sobre as intervenções de evocação e responder contingente do terapeuta aos CCRs. Tais variáveis foram agrupadas em

dois tipos de intervenções FAP. A primeira delas, que recebeu o nome de *Intervenção FAP sinalizada* contém todas as variáveis descritas acima. A segunda, que recebeu o nome de *Intervenção FAP não sinalizada*, não contém estas variáveis, mas segue todos os pressupostos que envolvem a FAP, assim sendo a modelagem de CCRs na sessão continua sendo o principal foco. Na *intervenção FAP não sinalizada* o terapeuta evoca e responde contingente aos CCRs, porém de maneira menos descritiva e mais sutil.

As variáveis descritas acima impactam diretamente cada uma das cinco regras da FAP. Dessa forma, em cada uma das intervenções (*FAP sinalizada e FAP não sinalizada*) o pesquisador-terapeuta buscou seguir as regras propostas adaptando-as conforme a presença ou não das variáveis estudadas.

A seleção e estudo das variáveis: 1) descrição dos CCRs; 2) descrição do impacto sobre o terapeuta; e 3) paralelos de dentro para fora, são justificados pelo fato de que existem, como já foi discutido, poucos dados sistemáticos sobre componentes presentes nas intervenções FAP. Assim, estudos que descrevam melhor esse processo auxiliarão na formação de novos terapeutas e na prática clínica de terapeutas que utilizam a FAP. Além disso, tais dados ampliarão o conhecimento que os pesquisadores detêm das variáveis envolvidas na mudança clínica da FAP, possibilitando pesquisas ainda mais específicas.

Sendo assim, os objetivos da presente pesquisa foram:

1. Comparar os efeitos de intervenções da FAP com os efeitos de intervenções baseadas em análise de contingências externas à terapia sobre o comportamento do cliente em sessão, com o objetivo de obter uma replicação sistemática de Oshiro, Kanter & Meyer (2012). Trata-se da comparação dos efeitos produzidos no

comportamento do cliente por sessões que utilizam a FAP com sessões que não a utilizam.

2. Verificar os efeitos diferenciais das intervenções *FAP sinalizada* e *FAP não sinalizada* sobre os comportamentos do cliente em sessão.

As hipóteses levantadas inicialmente e testadas no fim da pesquisa podem ser divididas em função das medidas do comportamento do terapeuta e do cliente nas diferentes fases. Com relação ao comportamento do terapeuta temos: 1. A análise das sequências de interação entre terapeuta e cliente apontaria que o terapeuta é mais contingente e efetivo nas fases FAP; 2. As frequências das variáveis selecionadas da FAP seriam diferentes nas fases em que ocorreram intervenções sinalizadas e não sinalizadas em comparação com as fases ausentes de FAP. Quanto ao comportamento do cliente teríamos: 1. A frequência de CCRs 1 iria diminuir e a de CCRs 2 aumentar ao longo do processo; 2. O aumento de CCRs 2 e a diminuição de CCRs 1 seriam mais acelerados nas fases em que houveram intervenções FAP sinalizadas do que nas fases em que houveram intervenções FAP não sinalizadas; 3. Os CCRs 2 seriam mais frequentes nas fases em que houveram intervenções baseadas na FAP do que nas fases em que tais intervenções não ocorreram; 4. Os CCRs3 seriam mais frequentes nas fases em que houveram intervenções FAP sinalizadas do que nas fases em que houveram intervenções FAP não sinalizadas.

MÉTODO

Participantes

Clientes

Participaram desse estudo dois clientes que foram selecionados através da análise das fichas de triagem da Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Os critérios estabelecidos inicialmente eram: adultos de qualquer sexo que apresentassem queixas direcionadas a problemas de relacionamento interpessoal (principal foco da FAP), mas sem diagnósticos psiquiátricos declarados. O motivo da exclusão de clientes com diagnósticos psiquiátricos é que estes talvez precisassem de um maior tempo de atendimento para o estabelecimento da relação terapêutica antes das fases de intervenção. Ambos os clientes preencheram a declaração de Ciência da Clínica-escola (Anexo 1) e o Consentimento Livre e Esclarecido que autoriza a participação na pesquisa (Anexo 2), a filmagem, e o uso dos dados para fins de pesquisa.

A primeira cliente, Edite (nome fictício), começou a ser atendida em Novembro de 2010 e foi selecionada apenas pela análise da ficha de triagem preenchida na Clínica escola. O segundo cliente, Virgílio (nome fictício), começou a ser atendido em Março de 2011 e foi indicado por uma aluna de graduação que já o havia atendido previamente, e relatou em supervisão ao pesquisador que este cliente se enquadrava nos critérios da pesquisa. As formulações dos casos clínicos com as análises são apresentados no Anexo 4. Os dados resumidos de ambos os cliente aparecem na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados de identificação dos participantes.

Identificação	Sexo	Idade	Início da Terapia	Fim da Terapia
Edite	F	55	Novembro de 2010	Abril de 2012
Virgílio	M	23	Fevereiro de 2011	Julho de 2012

Pesquisador-Terapeuta

O pesquisador também foi o responsável pelo atendimento dos casos. O pesquisador-terapeuta tinha formação em análise do comportamento, era terapeuta analítico-comportamental formado há seis anos no momento da pesquisa, especialista em clínica analítico-comportamental e apresentava experiência de sete anos no uso da FAP. Frequentou supervisão em grupo com a orientadora, momentos nos quais os atendimentos eram discutidos e analisados. O pesquisador-terapeuta realizou a categorização das sessões.

Concordância entre observadores

Foi selecionado um aferidor para o cálculo de concordância entre observadores das sessões que fizeram parte da presente pesquisa. A concordância foi realizada sobre as categorias atribuídas às falas do terapeuta e dos clientes.

O aferidor era psicólogo, formado há dois anos, com formação em análise do comportamento e experiência de atendimento clínico. Apresentava conhecimento teórico e prático sobre a FAP. Esses critérios foram importantes para garantir a familiaridade do aferidor com a conceituação e análise de caso na FAP, desejáveis para uma melhor categorização das sessões. Este aferidor era cego para os objetivos da pesquisa em questão, portanto não tinha nenhum conhecimento da pergunta de pesquisa ou do método utilizado. Esse critério foi importante para assegurar o controle do viés de o pesquisador ser também o terapeuta e categorizador das sessões.

Foi realizado um treinamento prévio para a familiarização com o sistema de categorização selecionado para o presente estudo. O treinamento consistiu de reuniões semanais com uma hora de duração por seis meses em que se discutiram as categorias e os casos analisados na pesquisa. Foram selecionadas ao acaso, por sorteio, três

sessões de terapia de cada um dos participantes (uma sessão de cada fase do delineamento apresentado a seguir). O Termo de Responsabilidade (Anexo 3) foi assinado para garantir o sigilo das informações.

Segundo Suen e Ary (1989), a importância da concordância entre observadores trata-se da fidedignidade, isto é, da consistência das medidas que estão sendo utilizadas. Isso não garante por si só a qualidade dos dados, porém é um passo necessário e importante para assegurar que o instrumento utilizado está padronizado. O fato de ser utilizado na presente pesquisa um aferidor de concordância cego aos objetivos buscados, ajuda a assegurar alguns itens relevantes na pesquisa aplicada, como descreve Kazdin (1982). Segundo ele, a concordância garante a consistência entre observadores, a operacionalização correta dos comportamentos alvo e a diminuição de vieses que poderiam atacar a validade interna da pesquisa.

Suen e Ary (1989) sugerem então uma medida de concordância que leva em consideração não apenas a concordância de ocorrência de comportamentos, mas também considera a concordância da não ocorrência. Essa medida é realizada utilizando o *coeficiente Kappa*. Segundo Zamignani (2007), esse índice é mais confiável por descontar as esperadas concordâncias ao acaso. A equação para o cálculo é a seguinte:

$$\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Nessa equação, P_o é a concordância observada e P_e a concordância esperada. Para uma melhor análise do cálculo deve-se consultar Suen e Ary (1989). Tem-se que índices do *coeficiente Kappa* entre 0,61 e 0,80 são considerados substanciais e índices acima de 0,80 são considerados excelentes.

Os índices encontrados para as três sessões da participante Edite, referente cada uma a uma determinada fase do delineamento, foram: 0,73; 0,71; 0,78 para os comportamentos do cliente e 0,67; 0,71; 0,69 para os comportamentos do terapeuta. Estes índices indicam uma concordância substancial entre observadores. Os índices do *coeficiente Kappa* encontrados para o participante Virgílio foram: 0,77; 0,80; 0,75 para os comportamentos do cliente e 0,69; 0,71; 0,73 para os comportamentos do terapeuta. Estes índices também indicam uma substancial concordância entre observadores. Todos os índices apresentam índice de significância $p < 0,001$.

Situação e Equipamentos

As sessões foram realizadas em uma sala de atendimento de adultos do Laboratório de Terapia Comportamental na Clínica-escola de Psicologia da Universidade de São Paulo, localizada na cidade de São Paulo. Essas sessões foram semanais e tiveram duração aproximada de 50 minutos. A sala de atendimento é composta por três cadeiras, uma mesa, armário, relógio e possui um espelho unidirecional. Há uma filmadora *Sony* acoplada ao teto para o registro dos dados de observação que foi utilizada para este estudo. A disposição dos objetos na sala pode ser observada na Figura 1.

Figura 1. Ilustração da sala de atendimento do Laboratório de Terapia Comportamental. Legenda: 1. Armário, 2. Janela, 3. Mesa, 4. 5. 6. Cadeiras, 7. Espelho Unidirecional, 8. Relógio, 9. Porta e 10. Filmadora acoplada ao teto.

A análise e categorização das sessões foram feitas utilizando uma planilha de Excel especialmente criada para facilitar a categorização de dados provenientes de vídeos (Vernúcio, 2012). Essa planilha possui campos específicos para a marcação dos tempos das falas de terapeuta e cliente e as categorias de comportamentos pertencentes ao sistema utilizado na presente pesquisa. Optou-se pela utilização de planilhas desse tipo ao invés de softwares específicos para categorização de vídeos devido a facilidade com que as sessões puderam ser categorizadas e transportadas (o que é dificultado com a utilização de um software específico).

Instrumentos

Foi utilizada para a categorização e análise dos comportamentos do terapeuta e cliente durante as sessões a Escala de Categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS* – Callaghan &

Follette, 2008). Este é um sistema específico para a categorização de intervenções baseadas na FAP. A escolha desse sistema se deve ao fato de que apresenta dados na literatura, é capaz de categorizar os comportamentos relevantes da interação terapêutica e permite a análise das variáveis propostas no presente estudo. A seguir é apresentada uma descrição mais detalhada do sistema.

Escala de Categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS – Callaghan & Follette, 2008)².

Esse sistema foi desenvolvido para categorizar as interações entre terapeuta e cliente em terapias conduzidas com intervenções baseadas na FAP. Os principais comportamentos do terapeuta e cliente em uma terapia baseada na FAP foram identificados e tiveram categorias criadas para sua mensuração, mas outras categorias identificam comportamentos de ambos que são importantes para o progresso da terapia como um todo.

Para a categorização dos comportamentos verbais vocais do terapeuta em sessão são apresentadas nove categorias do sistema original que selecionadas para a presente pesquisa. Além disso, foram adicionadas seis outras categorias com o objetivo de medir as diferenças entre as intervenções sinalizadas e não sinalizadas realizadas na presente pesquisa (as diferentes intervenções são apresentadas abaixo na descrição do delineamento).

Para a categorização dos comportamentos vocais do cliente em sessão são apresentadas quatro categorias do sistema original que foram selecionadas para a presente pesquisa. Além dessas categorias, outras três categorias foram propostas.

² Na realidade o sistema FAPRS utilizado é uma atualização não publicada do referido instrumento que foi conseguida por meio de comunicação pessoal com o autor.

Na Tabela 3 pode-se encontrar um resumo das categorias do sistema FAPRS selecionadas e adicionadas. A seguir são brevemente discutidas cada uma delas (descrições mais detalhadas podem ser encontradas em Callaghan & Follette, 2008)³.

Vale a pena ressaltar que o sistema teve de ser alterado para se tornar sensível às variáveis propostas no estudo. As alterações propostas não interferem com as categorias previamente estabelecidas e validadas na escala, mas tornam possível a mensuração das diferentes intervenções não sinalizadas do terapeuta que são propostas como variáveis independentes na presente pesquisa.

Tabela 2 - Categorias dos comportamentos do terapeuta e cliente do FAPRS e categorias adicionadas para a pesquisa.

Categorias do FAPRS referentes ao terapeuta	Categorias do FAPRS referentes ao cliente
1. Terapeuta avalia CCR (Regra 1).	1. Comportamento clinicamente relevante 1 – comportamentos problema em sessão (CCR1).
2. Terapeuta evoca CCR (Regra 2).	2. Comportamento clinicamente relevante 2 – comportamentos de melhora em sessão (CCR2).
3. Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 (Regra 3-1).	3. Cliente foca na relação terapêutica (CTR).
4. Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 (Regra 3-2).	4. Cliente engaja em comportamentos de progresso da sessão (CPR).
5. Terapeuta responde de forma inadequada ao CCR (Regra 3-IN).	
6. Terapeuta avalia o efeito da sua resposta sobre o cliente (Regra 4)	
7. Terapeuta implementa a generalização (Regra 5).	
8. Terapeuta foca na relação terapêutica (TTR).	
9. Terapeuta engaja em comportamentos de progresso da sessão (TPR).	
Categorias adicionadas para comportamentos do terapeuta e cliente	
10. Terapeuta evoca CCR de forma não sinalizada (Regra 2-NS).	5. Comportamento clinicamente relevante 3 – comportamento de

³ Como o sistema FAPRS utilizado é uma atualização não publicada, algumas categorias que existiam na primeira versão, publicada, foram retiradas, mas o pesquisador propôs a reintrodução de algumas delas. Assim, algumas categorias adicionadas já existiam na primeira versão.

	análise em sessão (CCR3).
11. Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 de forma não sinalizada (Regra 3-1-NS).	6. Relatos de problema fora da sessão (O1).
12. Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 de forma não sinalizada (Regra 3-2-NS).	7. Relatos de melhora fora da sessão (O2).
13. Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 (Regra 3-3).	
14. Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 de forma não sinalizada (Regra 3-3-NS).	

Categorias referentes ao terapeuta

1. Terapeuta avalia CCR (Regra 1): Verbalizações que indicam que o terapeuta está seguindo a Regra 1 da FAP: “Prestar atenção aos CCRs”. O terapeuta faz perguntas para determinar se um CCR está acontecendo naquele momento. Por exemplo, frases assim: “O que você quis dizer com isso?” e “O que você está sentindo agora?” podem fazer parte da categoria. A maneira de avaliar a ocorrência de um CCR pode variar dependendo da conceituação do caso.

2. Terapeuta evoca CCR (Regra 2): Verbalizações nas quais o terapeuta solicita, emite dicas verbais ou mandos para que o cliente emita CCRs na interação com ele. Por exemplo, frases assim: “Você parece estar evitando falar de seus sentimentos, tente falar deles” e “Acho que não estou entendendo o que está me dizendo, tente falar o ponto principal” podem fazer parte dessa categoria.

3. Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 (Regra 3-1): Verbalizações do terapeuta que seguem CCRs 1 do cliente para modelar tais comportamentos. Esse código é utilizado quando o terapeuta efetivamente responde a um CCR1. Respostas efetivas levariam a uma diminuição na emissão de CCRs 1, mas como não podemos categorizar observando a probabilidade futura de emissão dos CCRs o efeito aparente e imediato é levado em consideração para a identificação. Na presente pesquisa esta

categoria foi utilizada para respostas efetivas do terapeuta que contenham as variáveis presentes nas intervenções FAP sinalizadas (que serão melhor descritas adiante).

4. Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 (Regra 3-2): Verbalizações que indiquem que o terapeuta responde efetivamente a uma emissão de CCR2 pelo cliente, como previsto na conceituação do caso. Novamente o efeito aparente e imediato é levado em consideração. Na presente pesquisa esta categoria foi utilizada para respostas efetivas do terapeuta que contenham as variáveis presentes nas intervenções FAP sinalizadas (que serão melhor descritas adiante).

5. Terapeuta responde de forma inadequada ao CCR (Regra 3-IN): Verbalizações que indiquem que o terapeuta falhou ao identificar um CCR ou que respondeu de maneira inadequada a ele (indicando aprovação de um CCR1 ou reprovação de emissões de CCR2 e CCR3).

6. Terapeuta avalia o efeito da sua resposta sobre o cliente (Regra 4): Terapeuta avalia o efeito de suas respostas sobre o cliente perguntando diretamente sobre uma interação *in vivo* que tenha ocorrido. Por exemplo, frases assim: “Quando eu te respondo dessa forma, como você se sente?” ou “Como você está se sentindo agora com o que eu te falei?” podem fazer parte dessa categoria.

7. Terapeuta implementa estratégias de generalização (Regra 5): Essa categoria se aplica quando o terapeuta descreve aspectos funcionais do comportamento do cliente que ocorreu em sessão. Essas verbalizações não precisam conter todos os três termos da contingência (antecedente, resposta e consequência).

8. Terapeuta foca na relação terapêutica (TTR): Essa categoria é utilizada quando o terapeuta foca na relação terapêutica, mas não está explicando seu comportamento ou do cliente. Explicações devem ser categorizadas com os códigos para cada uma das regras (descritos acima). Essa categoria também é utilizada quando o terapeuta

descreve o objetivo de focar as intervenções na relação terapêutica ou quando ele discute uma interação ocorrida em outra sessão. Por exemplo, a frase: “Na semana passada você me falou algo parecido com o que estamos conversando sobre nossa relação hoje”.

9. Terapeuta engaja em comportamentos de progresso da sessão (TPR): Essa categoria é utilizada quando o terapeuta responde efetivamente aos comportamentos do cliente que ocorrem fora da sessão. Isto é, é nessa categoria que entram todas as outras verbalizações não categorizadas nos códigos anteriores. Qualquer verbalização do terapeuta que favoreça o cliente falar sobre seus problemas, situações, etc. deve receber essa categoria. Por se tratar de uma categoria que contém qualquer outro comportamento do terapeuta, na presente pesquisa se fez necessária uma adaptação desse código, tornando o sistema mais sensível às variáveis estudadas. Intervenções do terapeuta que deveriam fazer parte dessa categoria como, por exemplo, respostas pouco claras ou precisas à CCRs 2 (como respostas que não descreviam o comportamento do cliente e terapeuta), em alguns casos fizeram parte da categoria Regra 3-2-NS. Esta é uma tentativa de descrever melhor outros comportamentos do terapeuta importantes para a modelagem de CCRs na interação com o cliente, mas que acabam recebendo esta categoria por não serem descritivos.

10. Terapeuta evoca CCR de forma não sinalizada (Regra 2-NS): Essa é uma das categorias adicionadas nessa pesquisa para diferenciar as intervenções sinalizadas e não sinalizadas baseadas na FAP (discutidas a seguir). Essa categoria deve ser utilizada quando o terapeuta emite verbalizações com o objetivo de evocar CCRs. Essas verbalizações podem ser mandos disfarçados de tatos, dicas mais sutis ou solicitações genéricas, sem especificar um CCR do cliente. Por exemplo, frases como: “Como foi lidar com essa situação?” ou “E como foi isso para você?” podem fazer

parte dessa categoria se o terapeuta estiver evocando falas sobre sentimentos do cliente. Apesar dessas intervenções poderem fazer parte da categoria TPR, foram separadas na presente pesquisa pela relevância no estudo.

11. Terapeuta responde efetivamente ao CCR1 de forma não sinalizada (Regra 3-

1-NS): Essa categoria é adicionada para se destacar verbalizações do terapeuta que seguem CCRs 1 do cliente para modelar tais comportamentos. Esse código é utilizado quando o terapeuta efetivamente responde a um CCR1, e geralmente essas respostas são compreendidas por extinção ou punição. A forma não sinalizada corresponde a intervenções não descritivas do terapeuta. Assim, no caso do participante Virgílio, quando era emitido relato confuso e monótono o terapeuta repetia a pergunta realizada, podendo caracterizar-se uma punição (resposta efetiva). Respostas efetivas levariam a uma diminuição na emissão de CCRs 1, mas como não podemos categorizar observando a probabilidade futura de emissão dos CCRs o efeito aparente e imediato é levado em consideração para a identificação. Diferente da Categoria 4 (Terapeuta responde efetivamente ao CCR1), as verbalizações do terapeuta não apresentam as variáveis selecionadas que fazem parte das intervenções FAP sinalizadas. Isto é, o terapeuta não deve: 1) sinalizar ou descrever a ocorrência de CCRs 1 na interação com o cliente, 2) descrever ao cliente o impacto que os CCRs 1 produziram nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.) e 3) realizar paralelos entre os CCRs 1 do cliente e os comportamentos-problema fora da sessão. Apesar dessas intervenções poderem fazer parte da categoria TPR, foram separadas na presente pesquisa pela relevância no estudo.

12. Terapeuta responde efetivamente ao CCR2 de forma não sinalizada (Regra 3-

2-NS): Verbalizações que indiquem que o terapeuta responde efetivamente a uma emissão de CCR2 pelo cliente, como previsto na conceituação do caso. Novamente o

efeito aparente e imediato é levado em consideração. Tratam-se de respostas reforçadoras do terapeuta que acompanhem CCRs 2 do cliente. Como se trata da forma não sinalizada, essas consequências reforçadoras não são descritivas, tratando-se do reforço mais próximo do natural para aquele cliente em específico. No caso do participante Virgílio, por exemplo, quando era emitido relato verbal fluido e com clara descrição do ocorrido o terapeuta poderia: dizer que entendeu e continuar a falar do assunto, adicionar outras perguntas sobre o mesmo assunto para dar continuidade à conversa, concordar com o participante, etc. Essa categoria foi adicionada para diferenciar as intervenções categorizadas na Categoria 5 (Terapeuta responde efetivamente ao CCR2). Nessa categoria as verbalizações do terapeuta não apresentam as variáveis selecionadas que fazem parte das intervenções FAP sinalizadas. Isto é, o terapeuta não deve: 1) sinalizar ou descrever a ocorrência de CCRs 2 na interação com o cliente, 2) descrever ao cliente o impacto que os CCRs 2 produziram nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.) e 3) realizar paralelos entre os CCRs 2 do cliente e os comportamentos de melhora fora da sessão. Apesar dessas intervenções poderem fazer parte da categoria TPR, foram separadas na presente pesquisa pela relevância no estudo.

13. Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 (Regra 3-3): Essa categoria foi adicionada para identificar verbalizações do terapeuta que seguem CCRs3 do cliente para modelar tais comportamentos. Esse código é utilizado quando o terapeuta efetivamente responde a um CCR3. Respostas efetivas são falas com função reforçadoras do terapeuta que acompanham análises funcionais realizadas pelo cliente. A definição do que é considerado reforçador depende do cliente atendido. Respostas efetivas levariam a um aumento na emissão de CCRs3, mas como não podemos categorizar observando a probabilidade futura de emissão dos CCRs o efeito aparente

e imediato é levado em consideração para a identificação. Para a presente pesquisa essa categoria exige que as verbalizações do terapeuta apresentem uma ou mais das variáveis selecionadas que fazem parte das intervenções FAP sinalizadas. Isto é, o terapeuta pode: 1) sinalizar ou descrever a ocorrência de CCRs3 na interação com o cliente e 2) descrever ao cliente o impacto que os CCRs3 produziram nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.).

14. Terapeuta responde efetivamente ao CCR3 de forma não sinalizada (Regra 3-3-NS): Essa categoria foi adicionada para diferenciar as verbalizações do terapeuta das pertencentes à Categoria 13 (Terapeuta responde efetivamente ao CCR3). A categoria deve ser utilizada quando o terapeuta responde efetivamente a um CCR3, isto é, emite falas com função reforçadora para aquele cliente específico. Como trata-se de uma intervenção não sinalizada, deve-se usar essa categoria quando o terapeuta realizar intervenções não descritivas. Por exemplo, para a cliente Edite, após ela ter analisado funcionalmente uma discussão com um colega de trabalho, o terapeuta poderia: concordar com a análise, acrescentar informações que corroborem a análise, etc. Deve-se atentar para que não estejam presentes as seguintes variáveis descritivas, pois caso estejam presentes deve-se utilizar a Categoria 13: 1) sinalizar ou descrever a ocorrência de CCRs3 na interação com o cliente ou 2) descrever ao cliente o impacto que os CCRs3 produziram nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.). Apesar dessas intervenções poderem fazer parte da categoria TPR, foram separadas na presente pesquisa pela relevância no estudo.

Categorias referentes ao cliente

1. Comportamento clinicamente relevante 1 – comportamentos problema em sessão (CCR1): Essa categoria é utilizada quando o cliente emite comportamentos-problema durante a sessão na interação com o terapeuta. Não devem ser consideradas

verbalizações do cliente sobre comportamentos-problema ocorridos fora da sessão. Os CCRs 1 são definidos na conceituação do caso.

2. Comportamento clinicamente relevante 2 – comportamentos de melhora em sessão (CCR2): Essa categoria é utilizada quando o cliente emite comportamentos de melhora durante a sessão na interação com o terapeuta. Não devem ser consideradas verbalizações do cliente sobre comportamentos de melhora ocorridos fora da sessão. Os CCRs 2 são definidos na conceituação do caso.

3. Cliente foca na relação terapêutica (CTR): Quando o cliente emite verbalizações focadas na relação terapêutica, mas que não fazem parte das categorias anteriores. Essa categoria também é utilizada quando o cliente discute o objetivo da FAP de trabalhar na relação terapêutica ou quando ele discute uma interação ocorrida em outra sessão.

4. Cliente engaja em comportamentos de progresso da sessão (CPR): Verbalizações do cliente que facilitam a discussão com o terapeuta e não podem fazer parte de categorias anteriores. Nessa categoria entram todas as verbalizações do cliente que não cumprem os critérios de outras categorias.

5. Comportamento clinicamente relevante 3 – comportamento de análise em sessão (CCR3): Essa categoria é utilizada quando o cliente emite comportamentos de análise sobre seu comportamento dentro ou fora da sessão. As verbalizações devem ressaltar as variáveis de controle do comportamento, mas não precisam conter todos os termos da contingência. Paráfrases de análises realizadas pelo terapeuta também fazem parte dessa categoria. Essa é uma das categorias propostas.

6. Relatos de problema fora da sessão (O1): Cliente relata ou discute comportamentos-problema que ocorreram fora da sessão.

7. Relatos de melhora fora da sessão (O2): Cliente relata ou discute comportamentos de melhora que ocorreram fora da sessão.

Procedimento

Durante o planejamento e a execução do projeto algumas considerações foram realizadas para garantir ao mesmo tempo um bom controle experimental e uma adequação às condições encontradas na prática clínica. Dentre as decisões realizadas podemos enumerar: 1. Escolha de participantes que se beneficiariam de intervenções baseadas na FAP (clientes que apresentem queixas de problemas em relacionamentos interpessoais); 2. Seleção de variáveis independentes que pudessem ser manipuladas sem tornar artificial o processo terapêutico; 3. Escolha do melhor delineamento para a comparação dos efeitos nos dois atendimentos; 4. A coleta de medidas repetidas ao longo do processo; 5. A alternância na introdução das variáveis independentes entre os participantes para garantir melhor controle experimental e validade interna dos dados encontrados ao se observar os comportamentos dos clientes.

O procedimento empregado foi dividido nas seguintes fases:

1. Seleção dos participantes

Nesta etapa o pesquisador-terapeuta e a orientadora-supervisora selecionaram dois clientes. Esta seleção foi realizada por meio da leitura das fichas que resumem a triagem que acontece no Departamento de Psicologia Clínica da clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e pela indicação por uma das terapeutas do grupo de supervisão. Os clientes selecionados, pelos critérios mencionados acima, foram contatados pelo pesquisador e perguntados sobre o interesse em receber atendimento e sobre a participação na pesquisa.

2. Delineamento Experimental

Foi selecionado para a presente pesquisa um delineamento intra-sujeito. Neste delineamento, o participante é o próprio controle das medidas observadas e dessa forma sua história de vida e as variáveis relativas aos diferentes contextos em que cada um foi ou está inserido são respeitadas. A escolha desse delineamento em contraposição a outros, por exemplo, de grupo, permite uma maior proximidade com o processo terapêutico tal qual se dá na clínica, visto que as comparações são realizadas comparando-se as respostas do mesmo organismo e não em comparação com a média do grupo.

Na presente pesquisa optou-se pelo delineamento intra-sujeito de reversão com tratamentos múltiplos. Neste delineamento uma variável é selecionada (VI) e inserida no contexto do sujeito em alguns momentos específicos, e assim seus efeitos são observados sobre determinados comportamentos (VD). Uma das importâncias deste delineamento (e o primeiro motivo de sua seleção para a pesquisa) é que a VI pode ser inserida e retirada mais de uma vez para aumentar a probabilidade de se concluir que ela realmente é quem está gerando o efeito na VD selecionada (Sidman, 1960). Além disso, em um delineamento de tratamentos múltiplos podemos avaliar mais do que uma forma de intervenção nos mesmos comportamentos ao longo do processo para cada participante. A estrutura do delineamento, com a identificação das diferentes fases desta pesquisa, pode ser observada na Figura 2. A descrição detalhada encontra-se a seguir.

Figura 2. Ilustração das diferentes fases do delineamento adotado. A. Análise de Contingências Externas; B. Intervenções FAP sinalizadas; C. Intervenções FAP não sinalizadas.

Como podemos observar na Figura 2 o delineamento proposto permite: 1. A introdução (B1 e C1) e retirada (A) de intervenções FAP sinalizadas (B) e intervenções FAP não sinalizadas (C) (variáveis independentes – VI - do estudo); 2. A replicação das condições experimentais para o mesmo participante (B2 e C2) e entre participantes (Edite e Virgílio); 3. A medida repetida das variáveis dependentes nas diferentes fases, podendo assim comparar os efeitos de cada uma das VI; 4. Controle do efeito de ordem na introdução das diferentes VI no processo terapêutico.

A escolha por iniciar as intervenções com o participante Virgílio após o início da coleta de dados com a participante Edite se deu pela facilidade em igualar as fases em que cada um estaria no delineamento e permitir ao terapeuta-pesquisador que introduzisse sistematicamente apenas um tipo de intervenção em cada período da pesquisa.

Antes do início das fases descritas cada cliente passou por algumas sessões (Edite: 16 sessões e Virgílio: 10 sessões) nas quais o pesquisador-terapeuta e orientador conceituaram o caso e as intervenções baseadas na FAP foram gradualmente inseridas. Como essas intervenções envolvem aspectos da interação entre terapeuta e cliente, a introdução gradual permite o bom estabelecimento da

relação terapêutica e pode diminuir a possibilidade de abandono inicial da terapia. Esse período também foi importante para a coleta de dados sobre o cliente e sua queixa, bem como para elaborar a primeira definição do que seriam considerados CCR1, CCR2 e CCR3 pelo terapeuta.

Fase A - Sessões com intervenções baseadas em análises de contingências externas

Cada uma das fases A consistiram em quatro sessões. Nessas fases o pesquisador-terapeuta realizou intervenções de análise de contingências dos relatos do cliente sobre problemas e melhoras ocorridos fora da sessão terapêutica (O1 e O2). Todas as intervenções dessa fase fazem parte de um atendimento normalmente realizado em terapia analítico-comportamental, no entanto, durante essa fase o pesquisador-terapeuta não realizou intervenções baseadas na FAP, apenas tendo como exceções as situações nas quais o cliente deliberadamente conversar sobre a relação terapêutica ou sobre o impacto de algum comportamento de melhora e/ou problema na sessão. Nestas ocasiões o pesquisador-terapeuta realizou intervenções de caráter *preferencialmente* não sinalizado (discutido a seguir), somente utilizando intervenções sinalizadas se considerar necessário (por exemplo, se o cliente perguntar sobre o impacto sobre o pesquisador-terapeuta). Essas intervenções são mais próximas daquelas encontradas na maior parte do tempo nos processos terapêuticos com foco na abordagem analítico-comportamental. Assim, o foco é nos comportamentos do cliente fora da sessão e não da interação terapêutica.

Fase B1 - Sessões preferencialmente com intervenções FAP sinalizadas

Nessa fase o pesquisador-terapeuta tem como foco principal de suas intervenções aspectos da interação terapêutica com o cliente. Assim, a modelagem de CCRs na interação foi o objetivo das intervenções nessa fase.

A especificação *FAP sinalizada* indica que as intervenções deveriam conter: 1) a sinalização e descrição pelo terapeuta da ocorrência de CCRs na interação com o cliente; 2) a descrição do terapeuta ao cliente do impacto que os CCRs produzem nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.); e 3) paralelos realizados pelo terapeuta dos comportamentos do cliente em sessão e fora dela. Essas formas de intervenção são as tipicamente associadas à FAP, mas como descrevem claramente aspectos da interação terapêutica podem ter um caráter mais aversivo. São exemplos dessas intervenções:

T: Me fala um pouco de como você se sentiu. (Regra 2)

T: Você consegue falar isso que acabou de me falar de outra maneira, mais assertiva? (Regra 2)

T: Acho que me perdi todo. Estávamos falando de uma coisa e você começou a responder outra, viajei. (Regra 3-1)

T: Quando te ouço falando dos seus sentimentos consigo entender melhor como você se sente. Parece que fico mais próximo, como se você me permitisse participar com você. Fico imaginando se outras pessoas importantes na sua vida também não gostariam de se sentir assim. (Regra 3-2)

T: Olha só você conseguindo me falar claramente o que ocorreu na semana, ainda mais com seu tom de voz. Assim fica fácil te acompanhar. (Regra 3-2)

A importância de se especificar que as intervenções ocorreram apenas preferencialmente é que este se trata de um processo terapêutico, portanto, caso o terapeuta percebesse problemas de condução na sessão decorrentes de tais intervenções ele evitaria tais intervenções sinalizadas e buscaria realizar as não

sinalizadas (descritas a seguir), ou então apenas focaria o trabalho nas análises de contingências externas (O1 e O2 – fase A). Foram realizadas oito sessões nessa fase.

Fase C1 - Sessões preferencialmente com intervenções FAP não sinalizadas

Nessa fase o pesquisador-terapeuta também teve como foco principal de suas intervenções aspectos da interação terapêutica com o cliente. Dessa forma, eram intervenções baseadas na FAP e seguem as cinco regras que envolvem os atendimentos FAP. A especificação *FAP não sinalizada* aqui proposta refere-se a uma maneira que pode ser considerada menos aversiva. Assim, as intervenções do terapeuta são direcionadas para a modelagem dos comportamentos clinicamente relevantes, mas devem ser evitados: 1) a sinalização e descrição pelo terapeuta da ocorrência de CCRs na interação com o cliente; 2) a descrição do terapeuta ao cliente do impacto que os CCRs produzem nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.); e 3) paralelos realizados pelo terapeuta dos comportamentos do cliente em sessão e fora dela.

O terapeuta, sempre que possível, observa um CCR (Regra 1), evoca um CCR (Regra 2), provê consequências a um CCR (Regra 3), avalia seu impacto sobre o cliente (Regra 4) e implementa a generalização (Regra 5), evitando a sinalização das ocorrências na interação com o cliente. Alguns exemplos podem ser observados a seguir:

T: Como foi para você essa situação? (Regra 2-NS)

T: Me explica melhor o que aconteceu, acho que não entendi. (Regra 3-1-NS)

T: Acho que estou entendendo o que você está querendo dizer. (Regra 3-2-NS)

T: Fica claro porque você ficou tão mal nessa situação. (Regra 3-2-NS)

Isso não significa que outras intervenções não aconteceram. Por se tratar de um processo terapêutico, outras intervenções que não as diretamente empregadas nesta fase podem ter ocorrido, mas intervenções FAP não sinalizadas devem acontecer predominantemente (maior duração e frequência). Foram realizadas oito sessões nessa fase.

Foram adicionadas categorias nessa pesquisa para o sistema FAPRS ser capaz de identificar as diferenças nas intervenções FAP dessa fase.

Fase B2 – Replicação: Sessões com intervenções FAP sinalizadas

Nesta fase, iniciou-se a replicação de condições das VIs. Foram empregadas predominantemente intervenções FAP sinalizadas, como descritas e utilizadas na fase B1. Novamente, oito sessões foram realizadas nessa fase.

Fase C2 – Replicação: Sessões com intervenções FAP não sinalizadas

Nesta fase, as intervenções utilizadas predominantemente seguiram os critérios descritos na fase C1, ou seja, intervenções FAP não sinalizadas. Novamente, oito sessões foram realizadas nessa fase.

Unidade de Medida e Análise

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

Como unidades de análise foram selecionadas as categorias pré-definidas do sistema selecionados para a presente pesquisa. Como o sistema FAPRS permite a individualização das unidades de análise em função da conceituação de caso do

cliente, o pesquisador definiu quais respostas do cliente seriam classificadas como CCR1 e CCR2.

3. Seleção do aferidor de concordância

Foi selecionado nesta etapa um aferidor de concordância que atendeu aos critérios e se dispôs a participar da pesquisa. Em seguida foi realizado um treinamento no sistema de categorização selecionado para o presente estudo (FAPRS). Este treinamento consistiu na leitura do manual do instrumento seguido da categorização de uma sessão não ligada à pesquisa (o pesquisador também categorizou a mesma sessão). O pesquisador então se reuniu com o aferidor e discutiu as diferenças encontradas com o objetivo de aprimorar as habilidades do aferidor com relação ao sistema.

Terminado o treinamento o pesquisador selecionou ao acaso três sessões de cada participante (sendo sorteada uma sessão de cada uma das fases da pesquisa) e as entregou ao aferidor juntamente com uma planilha para cada sessão contendo a separação das falas do terapeuta e cliente. Foram entregues as separações de falas com o objetivo de analisar a concordância com relação às categorias atribuídas a cada uma das falas do terapeuta e cliente, visto que a concordância com relação ao ponto de separação das falas não foi importante para os objetivos da presente pesquisa.

4. Término da Coleta de Dados e Continuação da Terapia

Ao final das fases de coleta de dados os clientes continuaram a ser atendidos pelo pesquisador-terapeuta. Não se considerou necessário o aviso sobre o término da pesquisa, visto que o atendimento foi mantido. Nenhum cliente perguntou sobre a pesquisa após o encerramento.

5. Análise dos dados

Utilizando as sessões gravadas, a planilha de Excel desenvolvida e o pacote Office, o pesquisador categorizou três sessões de cada uma das fases do delineamento (totalizando 27 sessões categorizadas para cada cliente; um total de 54 sessões). As categorizações foram realizadas de acordo com o sistema FAPRS descrito anteriormente, tanto para os comportamentos do cliente como para os comportamentos do terapeuta. O número de sessões selecionadas constitui o necessário para averiguar o sentido da mudança do comportamento observado (Baer, Wolf & Risley, 1968; Sidman, 1960).

O pesquisador então realizou uma análise descritiva apresentada a seguir, com base nas frequências dos comportamentos do terapeuta e cliente. A análise descritiva das frequências em cada sessão da pesquisa buscou encontrar padrões e tendências ao longo das fases. O objetivo dessas análises foi diferenciar as intervenções em cada fase em função da frequência e demonstrar o efeito sobre os comportamentos do cliente.

Aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos

O presente estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos, nos termos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa somente foi iniciada após ter sido submetida à apreciação pela Comissão de Ética da Universidade de São Paulo. Os clientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), autorizando a utilização dos dados obtidos. O pesquisador-terapeuta e os aferidores de concordância assinaram o Termo de Responsabilidade. Quando da publicação serão tomados os devidos cuidados para garantir o sigilo. Para garantir tal sigilo houve alteração dos dados que de alguma forma possam identificar o cliente e a ocultação de dados desnecessários para os diversos meios de divulgação científica. Além disso,

após a utilização dos dados coletados para a presente pesquisa as mídias contendo as gravações das sessões dos clientes foram guardadas em local seguro pertencente ao laboratório. O cliente foi informado disso e a destruição das mídias poderá ser solicitada pelo cliente sem que nenhum prejuízo esteja implicado.

O pesquisador foi responsável pelo andamento da pesquisa e pela aplicação dos procedimentos e avaliação do bem-estar do cliente durante o andamento da coleta de dados. Caso fosse identificado qualquer problema e/ou desconforto do cliente, o pesquisador-terapeuta conversaria com o cliente e, se fosse necessário, ele teria a liberdade de interromper o tratamento. A interrupção da pesquisa também poderia ser solicitada a qualquer momento pelo cliente, sendo que seu direito a atendimento continuaria sendo garantido. Caso o cliente solicitasse a não inclusão dos dados na presente pesquisa o direito de atendimento seria garantido e nenhum prejuízo estaria implicado. O próprio pesquisador-terapeuta continuaria o atendimento por pelo menos seis meses, sendo que após esse período o cliente poderia ser encaminhado para atendimento com outro terapeuta.

RESULTADOS

Na presente pesquisa foram analisadas 27 sessões de cada participante, totalizando 54 sessões. Foram selecionadas as três últimas sessões de cada fase do delineamento. Essa escolha permitiu ver o efeito sobre as VDs durante as fases e verificar as diferenças decorrentes da mudança de fases.

Iniciaremos a análise pelos comportamentos do terapeuta, visto que as VIs selecionadas estavam relacionadas a eles.

A Figura 3 apresenta a frequência relativa das Regras 2 (Evocar CCRs) e 3 (Prover consequências adequadas aos CCRs) ao longo das fases do delineamento para a participante Edite.

Figura 3. Frequência relativa da Regra 2 e Regra 3 para a participante Edite. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); Regra 2: Evocar CCRs; Regra 3 (prover consequências a CCRs).

Nessa figura, as Regras 2 e 3 apresentadas contêm as intervenções sinalizadas e não sinalizadas. Essas regras têm sido apontadas na literatura como a principal fonte de mudança na terapia FAP. Observa-se que a frequência da Regra 2 se mantém estável ao longo das fases, enquanto mudanças consideráveis são observadas na frequência da Regra 3 nas fases FAP (tanto FAPS como FAPNS). A frequência da Regra 3 é consideravelmente superior nas fases FAP indicando que o terapeuta foi mais contingente ao responder aos CCRs durante essas fases. Nota-se um discreto aumento na frequência da Regra 2 nas duas últimas fases FAP, mas não tão evidente como observado para a Regra 3. É interessante notar que as Regras 2 e 3 estiveram

mais próximas em sua frequência nas fases ACE, enquanto que nas fases FAP a diferença de frequência entre elas se acentuou.

A mesma comparação é apresentada para o participante Virgílio na Figura 4.

Figura 4. Frequência relativa da Regra 2 e Regra 3 para o participante Virgílio. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); Regra 2: Evocar CCRs; Regra 3 (prover consequências a CCRs).

Novamente verificamos que as Regras 2 e 3 estão mais próximas de frequência nas fases ACE, enquanto nas fases FAP essa diferença se acentua consideravelmente.

Os dados observados nas Figuras 3 e 4 indicam que a maior parte do efeito que iremos observar nas VDs deveu-se às discretas mudanças na Regra 2 e as consideráveis mudanças na Regra 3 nas fases FAP. No entanto, como iremos discutir mais adiante no texto, devemos considerar uma interação em sessão baseada na FAP como uma cadeia de respostas, em que o terapeuta e o cliente se alternam produzindo efeitos um no outro. Sendo assim, uma resposta categorizada como Regra 3 também pode ter efeito evocativo (Regra 2) para a resposta subsequente do cliente, e por isso observamos apenas uma discreta diferença entre as fases para essas regras em questão.

A Figura 5 apresenta as frequências relativas das Regras 3-1, 3-1-NS, 3-2 e 3-2-NS ao longo do delineamento para a participante Edite.

Observa-se inicialmente que, assim como descrito no procedimento, o terapeuta conseguiu isolar adequadamente as intervenções sinalizadas e não sinalizadas em suas respectivas fases. Isso pode ser verificado ao se observar que as frequências relativas das Regras 3-1 e 3-2 foram superiores nas fases FAPS, enquanto as Regras 3-1-NS e 3-2-NS tiveram frequências elevadas nas fases FAPNS. Outro dado bastante interessante é que em ambas as fases FAP a frequência superior foi da resposta contingente ao CCR2 da participante (Regra 3-2 e Regra 3-2-NS). Isso indica que as mudanças observadas ao longo do processo terapêutico, e em específico nas fases FAP do delineamento, foram consequência de respostas efetivas do terapeuta à CCRs 2, como é descrito nos manuais de uso da FAP. O terapeuta parece aumentar sua

observação sobre os comportamentos de melhora durante a sessão, apesar de que a frequência das respostas efetivas aos CCRs 1 do cliente também são ligeiramente superiores nas fases FAP se comparadas às fases ACE.

Na Figura 6 estão destacadas as frequências das mesmas Regras 2 e 3 para o participante Virgílio.

Figura 6. Frequência relativa das Regras 3-1; 3-2; 3-1-NS; 3-2-NS para o participante Virgílio. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); Regra 3-1: Prover consequência ao CCR 1 de maneira sinalizada; Regra 3-2: Prover consequência ao CCR 2 de maneira sinalizada; Regra 3-1-NS: Prover consequência ao CCR 1 de maneira não sinalizada; Regra 3-2-NS: Prover consequência ao CCR 2 de maneira não sinalizada.

Assim como na participante Edite, verificamos que o terapeuta agiu como esperado no delineamento, privilegiando as Regras 3-1 e 3-2 nas fases FAPS e as Regras 3-1-NS e 3-2-NS nas fases FAPNS. A frequência relativa das Regras 3-2 e 3-2-NS também foi consideravelmente superior às Regras 3-1- e 3-1-NS, indicando que o terapeuta privilegiou intervenções sobre os CCRs 2 do participante. As intervenções sobre os CCRs 1 do participante tiveram sua frequência aumentada nas fases FAPS e

FAPNS, porém não na mesma proporção encontrada para intervenções sobre o CCR2. A presença de ambas as regras é superior nas duas fases FAP se comparadas às fases ACE.

Os dados das Figuras 5 e 6 indicam que o terapeuta manipulou adequadamente as VIs selecionadas, sendo que um enfoque maior em intervenções sobre CCRs 2 foi observado.

Apresentaremos agora os dados coletados das VDs selecionadas, portanto, dados do comportamento dos participantes em sessão.

A Figura 7 apresenta a frequência relativa de CCRs 1 e 2 para a cliente Edite ao longo das fases do delineamento.

Figura 7. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 para a cliente Edite ao longo das fases do delineamento. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 1(comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Inicialmente destaca-se a diferença observada na frequência de CCRs 2 ao longo das fases. As fases FAP do delineamento apresentaram uma maior frequência de CCRs 2 se comparadas às fases ACE. Esse dado corrobora a verificação de que a maior frequência de comportamentos do terapeuta nessas sessões estava relacionada à prover consequências aos CCRs do tipo 2. A segunda informação relevante é que os CCRs 2 estiveram presentes em maior frequência apenas nas fases FAP, sendo que nas fases ACE os CCRs do tipo 1 prevaleceram. Esse dado corrobora a teoria da FAP, indicando que uma terapia baseada nesse modelo deve ter aumentada a frequência de comportamentos de melhora no processo. Verifica-se também a reversão na frequência dos CCRs nas alternâncias de fases. Isto é, a frequência de CCRs 1 é maior nas fases ACE, cai na passagem para as fases FAP e volta a subir nas fases ACE. O contrário é observado na frequência de CCRs 2. A importância desse dado reside no controle experimental que ele representa. Como observamos nos dados relativos aos

comportamentos do terapeuta, em cada uma das fases o comportamento do terapeuta foi diferente, indicando um bom controle das VIs selecionadas nesse estudo. Sendo assim, as reversões observadas indicam um efeito direto da manipulação das VIs sobre os CCRs do participante (VD).

A Figura 8 apresenta a frequência de CCRs em função das fases do delineamento para o participante Virgílio.

Figura 8. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 para o cliente Virgílio ao longo das fases do delineamento. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 1(comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Pode-se observar que os dados desse participante replicam os dados observados para a participante Edite. Isto é, observa-se uma frequência relativa de CCRs 1 superior nas fases ACE em que a FAP não está presente enquanto nas fases FAP essa frequência apresenta queda. O contrário é observado para o CCRs 2, que aumentam consideravelmente nas fases em que o terapeuta utiliza a FAP. A reversão entre fases também é observada para esse participante, sendo que a frequência de CCRs se inverte

a cada mudança de fases. No entanto, observa-se ao fim do processo um considerável aumento na frequência de CCRs 2 inclusive nas fases ACE (passando de 5% na fase ACE1 para 45% na fase ACE5). Diferente do que foi observado na participante Edite, o participante Virgílio não teve uma redução ao final do processo dos CCRs 1, que parecem acompanhar o aumento na frequência de CCRs 2, porém em menor escala de crescimento. Isso provavelmente se deve aos tipos de CCRs selecionados para a intervenção com esse participante, mas discutiremos isso melhor adiante.

Observamos na Figura 9 a frequência relativa de CCRs 1 e 2 da participante Edite nas duas fases FAPS e duas fases FAPNS. A representação dessa figura é para facilitar a análise comparativa entre as fases FAP, e por isso devemos lembrar que entre cada uma dessas fases existia uma fase ACE com quatro sessões cada.

Figura 9. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 da participante Edite nas duas fases FAPS (B1 e B2) e duas fases FAPNS (C1 e C2). Os números das sessões correspondem aos números reais contando o período inicial antes da coleta de dados. FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 1(comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Podemos observar que a frequência dos CCRs 1 se mantém relativamente estável ao longo das quatro fases, logo não se constata diferenças entre fases relacionadas aos CCRs 1. Com relação ao CCRs 2 verificamos que sua frequência na fase FAPS1 é inferior as demais fases. Isso pode ser explicado por se tratar da primeira introdução sistemática da FAP no delineamento para essa cliente. Essa frequência é bastante diferente da obtida na fase FAPS2, cujos valores são os mais elevados para essa cliente (com média de 38%). Quando comparamos as duas fases FAPNS pouco pode-se afirmar da diferença obtida entre os CCRs. Observando apenas as três últimas fases (FAPNS1, FAPS2 e FAPNS2) constatamos uma frequência ligeiramente superior na FAPS2 (Médias de 32,9%, 38% e 29,8%, respectivamente). Isso indica que as intervenções sinalizadas do terapeuta produziram um aumento de CCRs 2 superior ao encontrado nas fases FAP não sinalizadas. Porém esse aumento é discreto e não é corroborado pela primeira fase FAPS, o que exige ressalvas na sua interpretação como discutiremos adiante.

A Figura 10 apresenta a frequência relativa de CCRs 1 e 2 para o participante Virgílio nas fases FAPS e FAPNS.

Figura 10. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 do participante Virgílio nas duas fases FAPS (B1 e B2) e duas fases FAPNS (C1 e C2). Os números das sessões correspondem aos números reais contando o período inicial antes da coleta de dados. FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 1(comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Assim como na participante Edite, a frequência dos CCRs 1 ao longo das fases FAP não apresenta grande alteração, apesar de que na última fase (FAPS2) observa-se uma diminuição nos CCRs 1. Já com relação aos CCRs 2 verifica-se um aumento ao longo do processo. Assim como observado na cliente Edite, a primeira fase em que há introdução da FAP apresenta um número inferior na frequência de CCRs 2 em comparação com as outras três fases FAP seguintes. Temos então a replicação de vários resultados entre os dois participantes. No entanto, deve-se ressaltar que a ordem de introdução das fases FAP foi diferente para cada participante, e o Virgílio teve sessões FAP não sinalizadas de início. Discutiremos melhor esse dado adiante. Comparando-se os dois tipos de fases FAP (FAPS e FAPNS) temos novamente uma diferença pouco expressiva, indicando que nas fases FAPS a frequência de CCRs 2 foi superior às fases FAPNS.

A Figura 11 apresenta a média da frequência relativa dos CCRs 1 e 2 da participante Edite ao longo das cinco fases ACE.

Figura 11. Média da frequência relativa dos CCRs 1 e 2 da participante Edite ao longo das cinco fases ACE. ACE: Análise de contingência externa (A); CCR 1 (comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Verificamos que apesar dos CCRs não receberem intervenções diretas do terapeuta nessas fases, há uma diminuição da média de CCRs 1 ao longo do processo, passando de 28,5% em ACE1 para 19,6% em ACE5. O contrário ocorre com os CCRs 2, que aumentam de 10,1% para 12,1%. Isso indica que o processo da terapia produziu uma mudança dentro de sessão mesmo quando os CCRs não eram diretamente abordados.

A Figura 12 apresenta a média da frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das fases ACE para o participante Virgílio.

Figura 12. Média da frequência relativa dos CCRs 1 e 2 do participante Virgílio ao longo das cinco fases ACE. ACE: Análise de contingência externa (A); CCR 1 (comportamento problema em sessão); CCR 2 (Comportamento de melhora em sessão).

Verificamos um aumento da frequência de CCRs 1 ao longo das fases ACE (33,5% em ACE1 e 50% em ACE5) diferente do que esperaríamos para uma terapia FAP. No entanto, devemos observar que os CCRs 2 aumentaram em uma escala ainda maior (5,8% em ACE1 e 38,7% em ACE5). Como a conceituação dos CCRs para esse participante estava relacionada às características da fala o aumento dos CCRs 2 pode ter ocasionado um aumento nos CCRs 1, como discutiremos adiante.

A Figura 13 apresenta a frequência relativa de CCRs3 ao longo das fases para a participante Edite.

Figura 13. Frequência relativa de CCRs3 ao longo das fases para a participante Edite. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 3: análises funcionais realizadas pelo cliente.

Como podemos observar, para a participante Edite a frequência de CCRs3 aumenta ao longo de todo o processo terapêutico. No entanto, não conseguimos observar diferenças significativas entre as fases do delineamento. Podemos notar algumas possíveis mudanças, por exemplo, as três últimas fases ACE apresentam uma frequência de CCRs superior às demais fases do delineamento. As fases FAP, com exceção da fase C2, apresentam baixa frequência de CCRs3. Isso provavelmente se deve à natureza dos CCRs 1 e 2 selecionados para essa participante e ao trabalho direto sobre eles nas fases FAP, o que abordaremos mais adiante.

É interessante notar que o aumento de frequência para ter acontecido a partir da metade do processo terapêutico, provavelmente indicando um efeito do processo terapêutico que demora a se manifestar no repertório verbal do cliente.

A Figura 14 apresenta a frequência relativa de CCRs3 para o participante Virgílio ao longo do delineamento.

Figura 14. Frequência relativa de CCRs3 ao longo das fases para o participante Virgílio. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); CCR 3: análises funcionais realizadas pelo cliente.

Como podemos observar, a frequência de CCRs3 para o participante Virgílio foi muito baixa desde o início do processo, se tornando nula ao final dele. Isso certamente está relacionado à conceituação de casos baseada na FAP. Os CCRs 1 e 2 do Virgílio estavam relacionados à fala dele, considerando características como fala desorganizada, fala truncada, tom de voz, discordâncias, etc. Sendo assim, a maior parte dos comportamentos verbais de Virgílio era classificada como CCR1 ou CCR2, tornando a frequência de CCRs3 escassa durante a categorização.

A Figura 15 apresenta as frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para a participante Edite.

Figura 15. Frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para a participante Edite. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); TTR: Terapeuta foca na relação terapêutica; TPR: Terapeuta engaja em comportamentos de progresso da sessão; CTR: Cliente foca na relação terapêutica; CPR: Cliente engaja em comportamentos de progresso da sessão.

Como podemos observar, as categorias TTR e CTR apareceram em baixa frequência ao longo do processo. Já as categorias TPR e CPR estiveram presentes em alta frequência ao longo de todo o processo. Nas fases FAP a frequência dessas duas últimas categorias foi inferior às frequências nas fases ACE. Isso provavelmente se deveu ao trabalho direto do terapeuta com os CCRs e o consequente aumento na frequência dos mesmos.

A Figura 16 apresenta as frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para o participante Virgílio.

Figura 16. Frequências relativas das categorias TTR, TPR, CTR e CPR ao longo das fases experimentais para o participante Virgílio. ACE: Análise de contingência externa (A); FAPS: FAP sinalizada(B); FAPNS: FAP não sinalizada (C); TTR: Terapeuta foca na relação terapêutica; TPR: Terapeuta engaja em comportamentos de progresso da sessão; CTR: Cliente foca na relação terapêutica; CPR: Cliente engaja em comportamentos de progresso da sessão.

Na Figura 16 podemos observar que as frequências das categorias TTR e CTR foram baixas ao longo de todo o processo, como verificamos para a participante Edite. Com relação à categoria TPR, observamos uma diferença entre as fases experimentais. As fases FAP apresentam uma frequência inferior da categoria TPR em comparação com as fases ACE. Novamente isso deve estar relacionado com as características dos CCRs 1 e 2 selecionados para esse participante e às intervenções realizadas pelo terapeuta durante as sessões FAP. A categoria CPR apresentou uma diminuição ao longo de todo o processo, o que está de acordo com o aumento dos CCRs observados nas Figuras 8 e 10.

DISCUSSÃO

Segundo Kazdin (1984), quando realizamos pesquisas clínicas devemos levar em consideração dois critérios para avaliar o efeito de nossas intervenções sobre as VDs selecionadas. O primeiro critério é o estatístico, nas suas diversas formas de aplicação na análise do comportamento. Para tanto, pode-se utilizar a estatística descritiva e a inspeção visual, já consagradas nas pesquisas em análise do comportamento. A estatística inferencial é passível de muitas controvérsias, com autores defendendo sua utilidade (Crosbie, 1999), descrevendo a aplicação em dados provenientes de pesquisas experimentais. Ao mesmo tempo, existe uma crítica central à utilidade da estatística inferencial na base da análise do comportamento (Sidman, 1960).

O segundo critério discutido por Kazdin (1984) é o terapêutico. Nesse, independente do efeito observado nas análises estatísticas, considera-se o impacto que as intervenções tiveram sobre a vida do cliente. Assim, caberia ao pesquisador observar mudanças que poderiam ser atribuídas às VIs utilizadas. Ambos os critérios devem se complementar, e cabe ao pesquisador buscar demonstrar nas análises os efeitos terapêuticos observados. É evidente a precariedade no uso isolado do critério terapêutico, visto que o progresso das pesquisas na área clínica se dará na medida em que melhores controles experimentais forem demonstrados. É seguindo essa necessidade que a presente pesquisa utilizou o delineamento aqui proposto.

Em relação ao critério terapêutico, algumas considerações podem ser tecidas sobre os efeitos das variáveis estudadas. De maneira geral, ambos participantes obtiveram uma ampliação de seu repertório comportamental. Os comportamentos trazidos como queixas sofreram melhoras ao longo do processo terapêutico em decorrência das intervenções realizadas. Das três intervenções realizadas, a FAP

sinalizada parece ter produzido um maior impacto na interação terapêutica. Estas sessões pareceram mais “intensas” e certamente foram mais difíceis para o terapeuta. No entanto, aparentemente os resultados produzidos indicam não ter diferença significativa quando comparados com a FAP não sinalizada. Este tipo de intervenção atuou diretamente no repertório em sessão, mas seu impacto não parece tão evidente, assim como as intervenções ACE.

Desde o surgimento da FAP, diversos pesquisadores têm se dedicado à sua utilização clínica e à discussão de resultados advindos das mais diversas aplicações. Segundo Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012), no entanto, passada mais de duas décadas desde o surgimento da FAP, poucas pesquisas empíricas e com delineamento rigoroso foram realizadas. Algumas pesquisas bem sucedidas foram realizadas, e se destacam as pesquisas de Kohlenberg e Tsai (1994); Paul, Marx e Orsillo (1999); Kohlenberg, Kanter, Bolling e Parker (2002); Kanter et al. (2006); Busch et al. (2009); Oshiro, Kanter & Meyer (2012); e Geremias (2014).

O interessante das pesquisas destacadas é que elas apresentam uma sequência lógica em termos de evolução da metodologia empregada para a demonstração dos resultados obtidos com uma terapia FAP. Oshiro, Kanter & Meyer (2012) utilizou um delineamento de reversão com dois clientes difíceis para demonstrar o efeito da introdução e retirada sistemática da FAP. O mesmo delineamento foi utilizado por Geremias (2014) que replicou os dados encontrados.

É dentro desse panorama que a presente pesquisa buscou demonstrar os efeitos diferenciais de dois tipos de intervenção baseados na FAP e a comparação das sessões que utilizaram a FAP com sessões de análise de contingências externas. Para isso, foi proposto um delineamento que garantisse grande validade interna ao estudo, se caracterizando como um estudo do tipo III segundo os critérios apresentados por

Kazdin (1982). Isso significa que se tratou de um estudo com o máximo de cuidado com a validade interna, buscando controlar problemas como o efeito de teste, maturação, história, etc. Para atingir tais critérios, a presente pesquisa utilizou um delineamento intra-sujeito de reversão com tratamentos múltiplos. Assim, foi possível obter medidas repetidas para o mesmo participante ao longo das mesmas fases sendo repetidas e a utilização de dois participantes permitiu a replicação entre sujeitos. Esta última aumentou também a validade externa (Sidman, 1960). Um controle adicional realizado na presente pesquisa foi a inversão na introdução das fases FAP entre os participantes. Assim, enquanto com a participante Edite o terapeuta iniciou pela fase FAP sinalizada (B), com o participante Virgílio a intervenção se iniciou pela fase FAP não sinalizada (C). Esse controle garante que a ordem de introdução das variáveis não seja a responsável pelos resultados observados, o chamado controle de ordem. Podemos destacar o sucesso obtido na realização do delineamento intra-sujeito proposto. Observa-se que a terapia pôde ser bem conduzida ainda que algumas intervenções tenham sido inseridas e retiradas durante o processo. O pesquisador não observou qualquer prejuízo que pusesse em questionamento o delineamento utilizado. Portanto, sugere-se amplamente a utilização de delineamentos intra-sujeitos de reversão em futuras pesquisas que visem constatar o efeito de intervenções específicas do terapeuta sobre os comportamentos de clientes.

Para garantirmos a condição de reversão devemos observar se as variáveis independentes foram introduzidas e retiradas adequadamente nas fases propostas (Sidman, 1960). Nas Figuras 3 e 4 observamos que assim como é proposto na FAP, o terapeuta foi mais contingente e proveu consequências adequadas a CCRs 1 e 2 durante as fases FAP (B e C), indicado pelas altas frequências da Regra 3. Essa condição é revertida quando são introduzidas as fases ACE e novamente inserida na

fases FAP subsequente. Dessa forma, podemos supor que o terapeuta seguiu adequadamente a proposta de modelagem em sessão como é descrito na FAP (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Tsai et al., 2009).

No entanto, em ambos participantes verificamos que a frequência da Regra 2 (que indica o efeito evocativo de CCRs pelo terapeuta) não é aumentada nas fases FAP, como seria esperado. Uma investigação detalhada nos dados das sessões auxiliou na proposição de hipóteses para os dados encontrados. Quando utilizamos o sistema FAPRS para a categorização dos comportamentos verbais do terapeuta e cliente, nós devemos utilizar uma escala de decisão para adequar a melhor categoria (ou código) que represente o que o terapeuta fez. Nessa escala de decisão a Regra 3 tem privilégio sobre a marcação da Regra 2. Assim, mesmo que o terapeuta tenha evocado algum CCR do cliente na mesma fala em que está provendo consequência (Regra 3-1 ou 3-2) a um CCR emitido anteriormente, sua fala será categorizada como Regra 3. Com isso, o efeito evocativo do comportamento do terapeuta pode aparecer implícito no aumento da Regra 3.

Uma explicação adicional, mas não excludente, está na proposta já vastamente conhecida de encadeamento de respostas. Segundo Catania (1999) temos que uma resposta pode ao mesmo tempo ter a função de consequência para uma resposta anterior e ter a função de estímulo discriminativo para a resposta subsequente. Aplicando isso à sequência de falas entre terapeuta e cliente, nós podemos supor que uma fala do terapeuta com a função de prover a consequência adequada para um CCR do cliente (Regra 3) tenha também a função de evocação para um CCR subsequente (Regra 2). De fato, a análise detalhada, olhando-se ponto a ponto das categorias nas sessões, mostrou que muitos CCRs sucedem Regras 3 do terapeuta. Essas hipóteses explicariam a não diferenciação entre fases FAP e ACE no que diz respeito à

frequência da Regra 2. Vale ressaltar, que a frequência relativa da Regra 2 no presente estudo, em ambos os participantes apresentou valores iguais ou superiores a outras pesquisas (Busch et al., 2009; Geremias, 2014).

Como observamos nas Figuras 3 e 4, a frequência da Regra 3 para o participante Virgílio foi bastante superior à cliente Edite. Isso certamente se deveu à conceituação de caso utilizada e aos CCRs selecionados. Os CCRs selecionados para a participante Edite estavam relacionados a uma exposição de sentimentos e a descrição de variáveis encobertas (pensamentos, sentimentos, etc.) em seus relatos. Esse tipo de resposta não acontece o tempo todo em terapia, havendo momentos específicos para ocorrer. Já os CCRs do cliente Virgílio estavam diretamente ligados a aspectos da fala, como por exemplo, fala superficial, verborragia, tom de voz, fluência da fala, etc., e, portanto ocorre durante toda a sessão terapêutica, visto que a terapia é eminentemente verbal (Tourinho, 2009). Dessa forma, é esperado que o terapeuta tivesse mais oportunidade de prover a consequência adequada aos CCRs do participante Virgílio em relação a participante Edite, justificando parte das análises de dados das Figuras 3 e 4.

Os resultados observados nas Figuras 5 e 6 também indicam que o terapeuta seguiu adequadamente o procedimento proposto, introduzindo as variáveis adequadas nas fases FAP e diferenciando as intervenções realizadas nas fases FAPS (B) e FAPNS (C). Observamos que para ambos participantes o terapeuta apresentou frequência aumentada das Regras 3-1 e 3-2 (sinalizadas, portanto) nas fases B, enquanto apresentou frequência aumentada das Regras 3-1-NS e 3-2-NS (não sinalizadas, portanto) nas fases C. Essa diferença era esperada pelo que foi proposto no delineamento para a pesquisa. De uma maneira geral a Regra 3 foi mais frequente nas fases FAP que nas fases ACE, indicando que o responder contingente do terapeuta

é uma variável importante do comportamento do terapeuta que utiliza a FAP. Achados semelhantes são encontrados nas pesquisas de Kohlenberg, Kanter, Bolling e Parker (2002), Kanter et al. (2006), Oshiro, Kanter & Meyer (2012) e Geremias (2014).

Um dado interessante para ambos participantes é que as Regra 3-2 e 3-2-NS foram mais frequentes que as Regras 3-1 e 3-1-NS. Isso indica que o terapeuta entrevistou com mais frequência sobre os CCRs 2 dos participantes. Isso está totalmente de acordo com a proposta da FAP que sugere que os terapeutas tentem sempre identificar as mínimas emissões de CCRs 2 nos clientes e então prover consequências reforçadoras (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Tsai et al., 2009). O foco nos CCRs 2 é essencial, porém não devemos deixar de prover consequências aos CCRs 1. O foco excessivo aos CCRs 1 pode gerar um processo aversivo e ocasionar desistência do cliente, como apontam Kanter et al. (2006). Os dados apresentados indicam que nas fases FAP o terapeuta apresentou maior frequência de respostas efetivas, como podemos encontrar nos estudos de Kanter et al. (2006), Oshiro, Kanter & Meyer (2012) e Geremias (2014). O aumento de respostas efetivas a CCRs tem sido apontado como o principal mecanismo de mudança envolvido na FAP (Busch et al., 2009).

Constatamos que o terapeuta utilizou adequadamente as VIs conforme foi planejado na presente pesquisa. A Seguir vamos analisar os dados das VDs observados nos comportamentos dos participantes.

As Figuras 7 e 8 representam os principais resultados encontrados na pesquisa. Nessas figuras temos as frequências de CCRs 1 e 2 para os dois participantes. Os dados apontam para uma replicação dos estudos de Oshiro, Kanter & Meyer (2012) e Geremias (2014) no que diz respeito à comparação entre as fases FAP e ACE. Em ambos os participantes conseguimos a reversão esperada com relação à frequência de

CCRs 1 e 2. Nas fases ACE a frequência de CCRs 1 era superior à frequência de CCRs 2 e nas fases FAP essa frequência se invertia. Isso ocorreu ao longo de todo o processo para ambos participantes. Esse dado está diretamente relacionado às Figuras 5 e 6, que indicam que o terapeuta ativamente entrevistou mais sobre os CCRs durante as fases FAP, principalmente sobre os CCRs 2. Esses dados estão de acordo com o esperado em uma terapia baseada na FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) e corroboram os achados de Busch et al. (2009) que indicam que o responder contingente aos CCRs em sessão produz o aumento dos CCRs 2 e uma diminuição dos CCRs 1 nas sessões FAP.

A reversão encontrada também reitera o bom controle experimental alcançado com o delineamento proposto. Por se tratar de uma condição de múltiplos tratamentos, em que mais de uma VI era introduzida (fases B e C), e por se tratar de diversas reversões em um mesmo participante (8 ao todo) os dados encontrados apontam que o controle experimental esperado foi alcançado e permitem afirmar que tais resultados foram consequências das manipulações diretas das VIs. Nesse sentido, a replicação dos resultados com o segundo participante, Virgílio, reitera o controle experimental durante as fases do delineamento. Para esse participante, observamos o mesmo padrão de reversão com relação à frequência de CCRs entre as fases FAP e ACE. Os CCRs 2 foram mais frequentes nas fases FAP enquanto os CCRs 1 foram mais frequentes nas fases ACE.

Na Figura 7, da participante Edite, observamos que os CCRs 2 aumentam ao longo do processo como um todo, enquanto os CCRs 1 diminuem em frequência. Isso é exatamente o que esperado em uma terapia FAP e demonstra que apesar das reversões estabelecidas no delineamento observamos um bom processo terapêutico ocorrendo. O mesmo padrão, no entanto, não foi observado para o participante

Virgílio. Vemos na Figura 8 que ao final do processo os CCRs 1 ocorriam em maior frequência nas sessões ACE do que no início do processo. Os CCRs 2, como esperado, apresentaram aumento ao longo do processo. Esse aumento não esperado de CCRs 1 pode ser explicado pela seleção de CCRs para esse participante, como já foi discutido acima. Como se tratam de CCRs relacionados diretamente à forma da fala do participante, as intervenções diretas sobre os CCRs 2 podem ter estimulado indiretamente a emissão de mais CCRs 1 visto que o participante passou a emitir mais CCRs ao longo das sessões. Essa hipótese é corroborada pelo fato de que os CCRs 2 aumentaram em proporção superior aos CCRs 1 ao final do processo. Um outro indicativo que corrobora essa hipótese é o fato das frequências de CCRs para o Virgílio serem muito superiores às frequências de CCRs para a Edite, o que está diretamente relacionado com a natureza dos comportamentos selecionados para a intervenção em FAP. Podemos ainda assim, considerar o processo com o Virgílio como um bom processo terapêutico.

Um dado interessante de ser analisado quando observamos as Figuras 7 e 8 é que para ambos participantes a frequência de CCRs 2 foi inferior na primeira fase FAP em comparação com as fases FAP seguintes. Como para cada participante foram iniciadas as intervenções FAP em uma ordem diferente, FAPS (fase B) para a Edite e FAPNS (fase C) para o Virgílio, não podemos descrever isto como um efeito de ordem. Duas hipóteses podem ser levantadas para explicar esse resultado. A primeira está relacionada ao fato de que o mesmo terapeuta atendeu ambos os participantes, logo, podemos supor que se trata de uma característica do terapeuta de iniciar as intervenções FAP de maneira gradual no processo. Infelizmente não temos como refutar ou confirmar esta hipótese, porém, uma segunda hipótese pode explicar melhor o que foi observado.

Taccola (2007) conduziu um estudo buscando modelar relatos sobre sentimentos em cliente utilizando a FAP e verificando se essa intervenção facilita esta aprendizagem na clínica. Para isso ela utilizou um delineamento quase experimental (AB) no qual as sessões iniciais (sete no total) foram conduzidas com base na terapia analítico-comportamental e a partir de então a FAP foi introduzida gradativamente até a 15ª sessão, porém sem sucesso. A partir da 15ª sessão a FAP pôde ser introduzida de maneira sistemática. Um dos resultados interessantes foi a dificuldade encontrada em se iniciar as intervenções baseadas na FAP rapidamente, visto que sua introdução foi gradativa durante oito sessões. Tal dificuldade pode estar relacionada ao efeito aversivo de algumas intervenções na FAP, e por isso sua introdução costuma ser gradual. Relacionando com os resultados encontrados na presente pesquisa, uma hipótese alternativa para a menor frequência de CCRs 2 nas primeiras introduções da FAP é a de que o terapeuta introduziu a FAP de maneira cautelosa inicialmente, o que pode ser constatado pela menor frequência de Regras 3-1 e 3-2 nas primeiras fases FAP de cada participante. Ambas as hipóteses podem ser combinadas, e características do terapeuta aliadas às dificuldades de introdução da FAP podem ter gerado esses resultados. Vale ressaltar que isso não foi encontrado por Oshiro, Kanter & Meyer (2012) e Geremias (2014), porém em tais pesquisas os participantes já estavam em atendimento há um longo tempo antes de iniciada a coleta de dados. Talvez a longa duração dos casos tenha permitido a introdução mais intensa da FAP desde o princípio da coleta de dados.

Para analisarmos as diferenças entre as fases FAPS e FAPNS as Figuras 9 e 10 apresentam os CCRs 1 e 2 para cada participante. Não observamos diferenças entre as fases para ambos participantes no que diz respeito à frequência de CCRs 1. Tanto na

FAPS como na FAPNS a frequência de CCRs 1 é baixa, indicando que o trabalho do terapeuta é focado nos CCRs 2.

Com relação aos CCRs 2 não observamos uma diferença expressiva entre as fases FAPS (B) e FAPNS (C). Em ambos participantes, a frequência de CCRs 2 foi ligeiramente superior nas fases FAPS, porém trata-se de uma diferença muito discreta. Para a participante Edite, que teve a FAPS como a primeira introdução da FAP a frequência de CCRs 2 é inclusive a mais baixa de todas as fases FAP, razão que já discutimos acima. Mesmo que analisássemos apenas as três últimas fases FAP de cada participante, a diferença entre fases não pode ser considerada.

Algumas hipóteses foram levantadas para justificar essa ausência de efeitos diferenciais nas duas intervenções baseadas na FAP. A primeira delas leva em consideração a diferença entre as fases. Em ambas as fases FAP o terapeuta buscou responder contingente aos CCRs em sessão, porém na FAP sinalizada o terapeuta adicionou à resposta contingente algumas variáveis, a saber: 1) a sinalização e descrição pelo terapeuta da ocorrência de CCRs na interação com o cliente; 2) a descrição do terapeuta ao cliente do impacto que os CCRs produzem nele (com relação a sentimentos, pensamentos, etc.); e 3) os paralelos realizados pelo terapeuta dos comportamentos do cliente em sessão e fora dela (*in to out*). Uma provável hipótese é de que apesar do terapeuta ampliar seu responder contingente nas fases FAPS com estas variáveis, ele ainda estava, em ambas as fases, modelando o repertório do cliente em sessão. Sendo assim, os resultados encontrados na presente pesquisa apontam para um fato largamente conhecido na análise do comportamento, o de que para uma resposta ser reforçada e aumentar em frequência a pessoa não precisa estar consciente de tal processo (Skinner, 1953/1970; Catania 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). De fato, em uma passagem de Tsai et al. (2009) os autores levantam

a seguinte questão: “The strengthening or weakening of behavior occur at an unconscious level, such that awareness or feelings are not required” (pp. 8).

Dessa forma, podemos supor que a falta de diferenças encontradas entre os efeitos sobre os CCRs nas fases FAPS e FAPNS deve-se ao fato de que em ambas as fases o terapeuta está realizando intervenções com as mesmas funções comportamentais ao prover consequências adequadas a cada um dos CCRs. Apesar da descrição das variáveis aqui selecionadas seja recomendável nos manuais da FAP talvez ela não seja necessária para termos o processo terapêutico esperado. É claro que isso não exclui, muito pelo contrário, apenas reforça o mecanismo de mudança proposto na FAP, que é a modelagem direta de CCRs in vivo.

Outra hipótese possível é a de que as intervenções realizadas nas fases FAPS e FAPNS apesar de diferentes, apenas apresentaram mudanças sutis no repertório do terapeuta, o que tornou difícil a identificação de diferenças nos CCRs do cliente. Talvez mudanças mais marcadas entre as fases fossem necessárias para verificarmos efeitos diferenciais. Poderíamos, por exemplo, nas fases FAPS, sinalizar a ocorrência de todos os CCRs durante a sessão, para marcar ainda mais a diferença com as fases FAPNS. No entanto, tal estratégia poderia produzir um efeito negativo no processo terapêutico, tornando as sessões muito aversivas e aumentando a possibilidade de um abandono da terapia. O processo de pesquisa em psicoterapia deve prever espaço para a flexibilidade nas intervenções planejadas, como foi realizado na presente pesquisa, caso contrário afastamos demais a pesquisa da prática clínica e geramos dificuldades de generalidade dos resultados obtidos.

Uma terceira hipótese é a de que o instrumento de medida utilizado (FAPRS) não seja sensível o suficiente para identificar diferenças sutis como as propostas aqui no presente estudo. Talvez a categorização das sessões utilizando outro sistema, como

por exemplo o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica - SiMCCIT (Zamignani, 2007) permitisse a verificação de mudanças no comportamento do cliente em outra dimensão. Como o sistema é mais topográfico e abrangente (não é exclusivo da FAP, como o FAPRS) permite a avaliação do comportamento do terapeuta e cliente sem tanta individualização, tornando possível outras comparações com pesquisas da literatura. Além disso, o sistema é dividido em eixos temáticos que avaliam outras dimensões ou aspectos do comportamento de terapeuta e cliente (Zamignani, 2007).

Uma quarta hipótese é a de que as intervenções da FAPS auxiliassem o cliente a emitir mais CCRs 2 fora da sessão terapêutica (denominado O2), já que nessas fases são descritos os comportamentos de melhora alvo de intervenções. Porém, tal hipótese não pode ser testada pela falta de dados externos às sessões na presente pesquisa.

Por fim, essas hipóteses levantadas não são excludentes e talvez uma combinação de algumas delas fosse responsável pelos resultados encontrados. Uma conclusão levantada desses resultados é a de que independente da maneira como realizamos uma terapia FAP, o terapeuta não pode deixar de modelar os CCRs em sessão. Talvez a FAP sinalizada seja mais fácil de ser ensinada e de ser realizada já que a descrição clara do que está ocorrendo no processo é apresentada ao cliente, tornando o terapeuta mais atento para os detalhes da interação que está ocorrendo. A FAP não sinalizada exige um raciocínio constante sobre como prover a consequência para o cliente de maneira mais natural e sem descrições, o que pode ser mais custoso quando utilizado na clínica. Para a presente pesquisa houve uma elaboração constante do que poderia ou não ser feito em cada fase, trabalho que não necessariamente é viável na clínica. Na realidade é mais provável que utilizemos um misto dessas duas intervenções nos atendimentos em FAP fora da pesquisa.

Quando analisamos os CCRs nas fases ACE, observamos que para ambos participantes a frequência de CCRs 2 aumentou ao longo do processo (Figuras 11 e 12). Enquanto para a participante Edite tivemos apenas um pequeno aumento na frequência de CCRs 2, para o participante Virgílio os CCRs 2 aumentaram consideravelmente, passando de 5,8% em ACE1 para 38,7% em ACE5. Essa diferença entre participantes provavelmente é relativa à natureza dos CCRs selecionados para cada um, como já discutimos. Por outro lado, a cliente Edite apresentou uma redução significativa na frequência de CCRs 1 ao longo do processo, o que não ocorreu para o participante Virgílio. Era esperado como melhora terapêutica da Edite que ela descrevesse seus sentimentos e os relacionasse com as situações vividas por ela. Também era esperado que ela conseguisse falar de maneira assertiva e menos agressiva. Podemos ver que tais melhoras se relacionam diretamente com a redução de CCRs 1, isso porque ela apresentou redução nas falas agressiva e na descrição de eventos desprovidos de relatos de sentimentos. Portanto, podemos considerar um processo bem sucedido. Já no caso do Virgílio, era esperado que ele melhorasse as características de seu relato, e para isso foi incentivado que ele se engajasse mais em interações verbais e menos em monólogos. Esse tipo de intervenção produziu o aumento dos CCRs 2 ao longo do processo, mas com isso impulsionou os CCRs 1 também. Ainda assim, para os objetivos terapêuticos propostos, podemos considerar esse também um caso com sucesso terapêutico. De fato, ambos participantes descreveram se beneficiar do processo terapêutico, tanto que o terapeuta continuou a atender os dois participantes por mais dois anos após o término da coleta de dados.

Os dados apresentados nas Figuras 13 e 14 representam a frequência de CCRs 3 ao longo do processo terapêutico para os dois participantes. Nessa medida de

resultado observamos que os dois participantes são bastante distintos e novamente a hipótese gerada é que se deve à natureza dos CCRs selecionados. A participante Edite apresentou uma frequência constante de crescimento da frequência de CCRs 3 ao longo do processo, o que está compatível com a FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), mas também é o objetivo de qualquer processo terapêutico analítico-comportamental (Meyer, 2009). No entanto, não observamos distinções entre as fases ACE e FAP, como era esperado. Na realidade, os CCRs 3 foram ligeiramente mais frequentes nas fases ACE. Isso provavelmente se deveu ao fato de que as falas da cliente durante a sessão que se aproximassem de análises, porém desprovidas de relatos de sentimentos correlatos, eram consideradas CCRs 1, e não CCRs 3 (devido à conceituação do caso). Algo semelhante ocorreu no participante Virgílio. Como as características da fala foram selecionadas como CCRs 1 e 2, as análises em sessões acabavam por ser categorizadas entre essas categorias e não recebiam o código CCR 3. Dessa forma, vemos que para o participante Virgílio a categoria CCR 3 foi praticamente inexistente ao longo do processo.

Por fim, as Figuras 15 e 16 apresentam as frequências das categorias TTR, TPR, CTR e CPR. Assim como o que já foi relatado em outras pesquisas (Kanter et al., 2006; Busch et al., 2009; e Geremias, 2014) a frequência de TPR e CPR é alta quando categorizamos as sessões utilizando o FAPRS. Isso se deve porque o instrumento é bastante preciso para categorizar as interações entre cliente e terapeuta que estão diretamente relacionadas à FAP, porém, grande parte das falas em sessão que não estão relacionadas com a FAP tem a categoria “outros” (TPR e CPR) atribuída a elas. Podemos ainda observar que a frequência dessas categorias foi inferior nas fases FAP em comparação às fases ACE, o que é uma medida indireta de

que o terapeuta aumentou suas intervenções sobre os CCRs nas fases FAP, fazendo com que a frequência das categorias TPR e CPR diminuísse.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivos: 1. Comparar os efeitos de intervenções FAP com os efeitos de intervenções baseadas em análise de contingências externas à terapia sobre o comportamento do cliente em sessão, como o objetivo de replicação sistemática de Oshiro (2012). 2. Verificar os efeitos diferenciais das intervenções FAP sinalizada e FAP não sinalizada sobre os comportamentos do cliente em sessão.

Para responder a essas questões foi utilizado um delineamento experimental intra-sujeito de reversão e tratamentos múltiplos (A1-B1-A2-C1-A3-B2-A4-C2-A5). As fases A corresponderam a sessões em que prevaleceram análises de contingências externas. As fases B corresponderam a sessões FAP sinalizadas e as fases C a sessões FAP não sinalizadas. Esse delineamento é semelhante ao utilizado por Oshiro (2012) e Geremias (2014), porém o avanço reside na utilização de mais de um conjunto de VIs a serem testadas (tratamentos múltiplos). Para a presente pesquisa foram adicionadas mais de uma condição de tratamento (fases B e C). Há então, a replicação das condições intra-sujeito, aumentando a validade interna do estudo. Como participaram dois participantes da presente pesquisa temos o fortalecimento da validade externa do estudo.

Foram analisadas ao todo 54 sessões, sendo três sessões correspondentes a cada fase do delineamento para cada participante. A partir das análises podemos concluir que as intervenções FAP produziram um aumento nos CCRs 2 e uma diminuição nos CCRs 1 em comparação com as fases ACE. Essa condição foi

replicada dentro do delineamento para cada participante e entre participantes. Esses dados replicam sistematicamente as pesquisas de Oshiro, Kanter & Meyer (2012) e Geremias (2014). A replicação sistemática em delineamentos intra-sujeito é o que sustenta a validade externa do efeito das variáveis independentes e é tão importante quanto o estudo de novas variáveis (Sidman, 1960). Os dados aqui apresentados fortalecem esse tipo de delineamento como viável para ser utilizado em pesquisas clínicas, o que não havia sido encontrado na literatura até Oshiro, Kanter & Meyer (2012). Além disso, os resultados confirmam a modelagem de CCRs como principal mecanismo de mudança na FAP, como tem sido relatado nas pesquisas na área: Kohlenberg, Kanter, Bolling e Parker (2002); Kanter et al. (2006); Busch et al. (2009); Oshiro, Kanter & Meyer (2012); e Geremias (2014).

Com relação à comparação entre as intervenções FAP sinalizadas e as intervenções FAP não sinalizadas, verificamos não haver diferença nos resultados obtidos. Isso fortalece o argumento de que o responder contingente na modelagem de CCRs é o mecanismo de mudança na FAP, porém demonstra que a descrição do processo durante a sessão não é essencial. Os CCRs 2 dos participantes também aumentaram de frequência na fase em que as consequências providas a eles não descreviam o comportamento alvo, o impacto sobre o terapeuta e a relação com os comportamentos fora da sessão. Esse achado levanta a questão sobre como utilizamos a FAP na clínica. Provavelmente, no dia-a-dia de consultório, realizamos um misto dessas intervenções, visto que o responder contingente e não sinalizado demanda um custo alto de resposta ao terapeuta com relação à observação do comportamento do cliente e do seu próprio. Na realidade talvez fosse possível realizar, na presente pesquisa, uma distinção forte entre os dois tipos de intervenção, e quem sabe isso produziria diferenças nos resultados obtidos, porém, tal estratégia distanciaria

demasiadamente os tipos de intervenção de um processo natural de terapia, não distanciando a pesquisa da prática clínica.

Podemos destacar como outro avanço adotado na presente pesquisa a utilização de um aferidor de concordância cego às condições experimentais e aos problemas de pesquisa. Isso permitiu uma análise de concordância que diminuísse o viés metodológico do pesquisador também ser o terapeuta e o categorizador nas sessões analisadas.

Por fim, podemos levantar alguns problemas encontrados e sugerir direções futuras para as pesquisas na área. A primeira limitação levantada é o viés que pode ter ocorrido pelo pesquisador ser o terapeuta e o categorizador das sessões. Esse viés foi diminuído com o aferidor de concordância, mas novas investigações sobre maneiras de diminuir esse tipo de viés nas pesquisas clínicas seriam importantes contribuições para a área. Outra limitação está relacionada à falta de medidas externas à terapia de mudança do comportamento do cliente. Tais dados são importantes para verificar a generalidade das mudanças alcançadas em sessão. Pesquisas que se dediquem a investigar métodos mais precisos de medidas dos efeitos da FAP na vida diária do cliente seriam um grande avanço para a área em questão. Uma tentativa está sendo realizada por Villas-Bôas (2011), que propôs uma pesquisa para verificar o efeito da modelagem dos CCRs 3 sobre comportamentos de mudança externos à terapia.

O estudo detalhado do mecanismo de mudança na FAP, como proposto aqui, é um bom caminho para verificar as variáveis importantes na modelagem dos CCRs em sessão. Isso permitiria um treino mais adequado dos terapeutas que utilizam a FAP, bem como o foco nas variáveis relevantes que produzem a mudança clínica. Estudos que demonstrem os efeitos isolados da Regra 2 e Regra 3 também produziriam avanços na compreensão e aplicação da FAP. Nesse sentido, Vartanian (2014) propôs

um estudo para isolar o efeito da Regra 2 no mecanismo de mudança da FAP. O papel da evocação na modelagem dos CCRs em sessão ainda não está claro, sendo essa uma direção futura que certamente produzirá informações preciosas para área de pesquisa da FAP.

Por fim, com os resultados positivos obtidos até o presente momento, a área de pesquisa em FAP se beneficiaria em larga escala da realização de ensaios clínicos randomizados (ECRs) que mostrassem amplamente os efeitos desse tipo de terapia no tratamento de diferentes diagnósticos.

REFERÊNCIAS

- Aveline, M. (2006). Psychotherapy research: nature, quality, and relationship to clinical practice. In: Loewenthal, D. & Winter, D. *What is psychotherapeutic research?*. London: Karnac.
- Barbosa, D. R. (2001). *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J. & Holman, G. I. (2009). Lines of Evidence in Support of FAP. In: *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 21-36). New York: Spring.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brandão, F. S. (2003). *O manejo das emoções por terapeutas comportamentais*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9, (1), 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. N., (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9, 98-116.

- Callaghan, G. M. (2006a). Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(3), 416-431.
- Callaghan, G. (2006b). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), pp. 357-398.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S. & Gifford, E. (2004). FACT: the utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Callaghan, G. M, 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.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (4ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Crosbie, J. (1999). Statistical analysis in behavior analysis: useful friend. *The Behavior Analyst*, 22, 105-108.
- Del Prette G. (2006). *Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Relações entre o brincar e comportamentos da terapeuta e da criança*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Del Prette, G. (2011). Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Donadone, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de Contingências do Uso de Orientação e Auto-orientação em Intervenções Clínicas Comportamentais*. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Faleiros, T. C. & Hübner, M. M. C. (2007). Efeitos do reforçamento diferencial de respostas verbais referentes à leitura sobre a duração da resposta de ler. *Revista Brasileira de Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (2), pp. 307-316.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavior understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Garcia, R. F. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4 (2), 239-249.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescent with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral & Cognitive Psychotherapy*, 79-101.
- Geremias, M. C. G. (2014). Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Grass, J. A. (1990). *Diseños experimentales en psicología y educación* (2ª Ed.). México: Trillas.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.

- Hofmann, S. G., & Spiegel, D. A. (1999). Panic Control Treatment and Its Applications. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 3-11.
- Ireno, E. M. (2007). *Formação de Terapeutas Analítico-Comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
- Kameyama, M. (2012). Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (Eds.) (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1984). Statistical analysis for single-case experimental designs. In: M. Hersen & D. H. Barlow (Eds), *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (2nd ed., pp. 265-317). New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1992). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association.
- 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., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional* (R. R. Kerbaux – Org. Trad.). Santo André, SP: ESETEC (Obra publicada originalmente em 1991).
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-320.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? In: *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 1-19). New York: Spring,
- Lopez Bermudez, M. A., Ferro, R. & Calvillo, M. (2010). An Application of Functional Analytic Psychotherapy In a case of Anxiety Panic Disorder Without Agoraphobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 4, 356-372.
- Machado, L. M. de C. M. (1991). A análise experimental do comportamento enquanto maneira de se fazer pesquisa em psicologia. *Boletim de Psicologia*, 41 (94/95), 41-45.
- Mangabeira, V. C. dos S. (2011). *Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): uma revisão de publicações nacionais e internacionais entre 1990 e 2010*. Monografia de conclusão de curso de especialização. São Paulo: Paradigma - núcleo de análise do comportamento.
- Mangabeira, V., Kanter, J. & Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 7 (2) e (3), 78-89.

- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), pp. 105-118.
- Mendes, A. C. & Vandenberghe, L. (2009). O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 545-552.
- Meyer, S. B. (2006). Metodologia de pesquisa da psicoterapia em clínicas-escola. In: Silves, E. F. M. (Org). *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*. Campinas: Editora Alínea, 2006. p. 23-41.
- Meyer, S. B.; Oshiro, C.; Donadone, J. C.; Mayer, R. C. F.; Starling, R. (2008). Subsídios da obra “Comportamento Verbal” de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 105 – 118.
- Meyer, S. B. (2009). *Análise de “solicitação de informação” e “recomendação” em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de livre docência. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Nardi, R. (2004). *Proposta de método de interpretação da interação terapeuta-cliente: Análise comportamental da esquiva através do comportamento verbal de terapeuta e cliente em um caso de dor crônica*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental*. Tese de Doutorado. Belém: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

- Novaki, P. (2003). *Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- 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 and Consultation Therapy*, 7(2-3), pp. 111-116.
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), pp. 149-162.
- Rocha, Giovana V. Munhoz da (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Rossi, P. R. (2012). *Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline*. Exame de qualificação de Doutorando. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- 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.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru.
- Simões Filho, E. F. (2014). Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov e R. Azzi Trad.) Brasília: UnB/FUNBEC. (Original publicado em 1953).
- Starling, R. R. (2010) *Prática controlada: medidas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais*. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Suen, H. K. & Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.
- Taccola, P. A. (2007). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: Um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e Relações Comportamentais*. Editora Núcleo Paradigma. São Paulo.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The five rules. *In: A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Spring.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Spring.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy*. Cornwall: TJ International Ltd.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. L. B., & Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional Analytic Psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105-114.
- Vartanian, J. F. (2014). *A evocação de comportamentos clinicamente relevantes na psicoterapia analítica funcional: um delineamento experimental de caso único*. Projeto de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Vernúcio, R. (2012). Análises de sessões de terapia analítico-comportamental comparando sistemas de categorização. Relatório final de Iniciação Científica. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Villas-Bôas, A. A. (2011). *Efeitos diferenciais de análise das contingências intra e extrassessão em Psicoterapia Analítica Funcional*. Projeto de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Xavier, R. N. (2010). *Microanálise da modelagem de repertórios em um estudo de caso de Terapia Analítico-Comportamental Infantil*. Exame de qualificação. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Watzke, B., Rueddel, H., Koch, U., Rudolph, M. & Schulzl, H. (2008). Comparison of Therapeutic Action, Style and Content in Cognitive–Behavioural and Psychodynamic Group Therapy under Clinically Representative Conditions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 15, 404–417.
- 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. DOI: 10.1177/0145445511422830
- Winter, D. (2006). Avoiding the fate of Dodo bird: the challenge of evidence-based practice. In: Loewenthal, D. & Winter, D. *What is psychotherapeutic research?*. London: Karnac.
- Yano, Y. (2003). *Tratamento padronizado e individualizado no transtorno do pânico*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

ANEXO 1
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

**CLÍNICA PSICOLÓGICA DA USP
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA**

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

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

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

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

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

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

São Paulo,.....de.....de 20.....

Assinatura do cliente ou responsável:.....

Observações:

.....
.....
.....

Profissional:

.....

(nome completo, função e assinatura)

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS CLIENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cliente,

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

Para isto, precisamos da sua colaboração, já que a participação é voluntária. É por essa razão que estamos solicitando a sua permissão para participar de um projeto de pesquisa que será conduzido por mim, Victor Mangabeira Cardoso dos Santos, sob orientação da Professora Dra. Sonia Beatriz Meyer.

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

O atendimento psicoterápico será estruturado com sessões semanais de 50 minutos e será realizada na sala de atendimento oferecida pelo Laboratório de Terapia Comportamental que se localiza na Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O atendimento prosseguirá por um período compreendido entre seis meses e um ano (fase da pesquisa) e poderá continuar, se você cliente desejar, por mais algumas sessões, que a depender da disponibilidade do terapeuta poderá ser de até seis meses. Se houver a necessidade, após o término deste período, o encaminhamento para outro terapeuta poderá ser realizado.

As sessões do Laboratório de Terapia Comportamental serão filmadas e gravadas por uma câmera situada na parte superior da sala. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

As informações prestadas por você durante os atendimentos e as gravações de sessões serão utilizadas para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Além disso, tais informações são de fundamental importância para o processo terapêutico e serão utilizadas pelo terapeuta para a condução do mesmo. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso às filmagens, sendo que todos assumirão o compromisso de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões. Após a utilização dos dados para a pesquisa, as mídias contendo as sessões gravadas serão inutilizadas.

Se você concordar com a sua participação, caso sinta qualquer desconforto proveniente da pesquisa, você poderá suspender o processo terapêutico a qualquer momento. Será importante que você nos comunique sobre a desistência. Você poderá, a qualquer momento, discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. A retirada do consentimento não acarretará em qualquer prejuízo ou penalização a você. A não aceitação deste termo e/ou sua retirada futura não implica em qualquer prejuízo a você, sendo que seu direito de atendimento será garantido. O terapeuta continuará o atendimento ou o encaminhará a outro terapeuta responsável. Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail vmcds@usp.br ou do telefone: 6307-5061 e endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F sala 121, Cidade Universitária – São Paulo, SP. O contato ainda poderá ser realizado através do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP– fone; (11) 3097-0529).

Cordialmente,

Victor Mangabeira Cardoso dos Santos

Psicólogo e aluno de mestrado no

Departamento de Psicologia Clínica

Dra. Sonia B. Meyer

Professora do Departamento de Psicologia

Clínica

Eu,,

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

São Paulo,.....de.....de 20.....

Assinatura do cliente ou responsável:.....

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Prezados juízes e pesquisador-terapeuta,

O presente trabalho intitulado “Intervenções sinalizadas e não-sinalizadas da Psicoterapia Analítica Funcional em Comportamentos Clinicamente Relevantes” é uma pesquisa de mestrado do psicólogo Victor Mangabeira Cardoso dos Santos e está sob orientação da Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

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

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

/ /

Data

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 4

FORMULAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1: Edite

1. Identificação da Cliente

Edite (nome fictício) tinha 55 anos durante o período da coleta de dados. Era casada e tinha dois filhos. O primeiro filho, homem, de 32 anos, morava em outra cidade. O segundo filho, uma menina de 16 anos, morava com ela e o marido. Possuía ensino superior completo (Pedagogia) e trabalhava como coordenadora pedagógica em uma escola.

2. Queixas apresentadas pela cliente

Edite procurou espontaneamente a clínica escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e apresentou queixas de insatisfação com a vida. Relatou na sua triagem que procurava uma maneira de aceitar mais tranquilamente as coisas da vida, sem tanta irritabilidade e emotividade. Segundo ela, facilmente perdia a paciência e agredia sem controle as pessoas à sua volta.

3. Dificuldades observadas:

Relacionamento Interpessoal

Edite apresentava diversos problemas em suas relações cotidianas. Relatava divergências com colegas de trabalho em que acabava sendo agressiva. Após os episódios ela não conseguia dormir, pois ficava pensando no ocorrido. Ela também relatava divergências com o marido (diagnosticado com Distímia) em diversas situações. Geralmente Edite era sarcástica ou agressiva verbalmente.

As principais relações de Edite eram familiares e profissionais, não apresentava amigos que visse com frequência. O fato de ter poucas amizades nunca foi trazido por

ela como uma queixa, porém pode ser analisado como decorrente das dificuldades encontradas por ela em relacionamentos interpessoais.

Expressão de sentimentos

Edite descrevia suas dificuldades de relação no dia-a-dia, porém não se comunicava nomeando ou descrevendo seus sentimentos. Em seu relato o terapeuta não conseguia identificar claramente o impacto que as situações cotidianas tinham sobre ela. Qualquer interpretação sobre seus sentimentos era inferida das respostas não verbais que ela apresentava concomitante ao relato.

A cliente relatava que seus familiares e colegas de trabalho diziam não compreender o que ela estava sentindo ou pensando, e só inferiam pelos olhares agressivos e pela rispidez verbal. Geralmente, essas dificuldades ocasionavam confusões e Edite acabava criando uma imagem de “trator”, pois atropelava a todos tomando decisões e sendo agressiva.

Ao longo do processo terapêutico ficou claro que a cliente apresentava dificuldades em desenvolver e manter relações de intimidade, que envolvem, entre outras coisas, o compartilhamento de sentimentos e outras respostas encobertas.

Relacionamento com o terapeuta

Durante as sessões iniciais Edite chorava bastante e seus relatos eram bastante confusos. Quando o terapeuta compreendia erroneamente algum evento acontecido ela respondia sarcasticamente, olhava de maneira agressiva e em alguns casos até mesmo respondia agressiva verbalmente. A “postura” de Edite durante as sessões tornava difícil qualquer intervenção interpretativa ou discordância do terapeuta.

A cliente relatava situações familiares presentes e passadas que causaram sofrimento a ela, mas não permitia interpretações que discordassem das análises estabelecidas por ela. Porém, como seu relato de sentimentos e da situação em si eram deficientes, tornava a compreensão do terapeuta bem difícil, exigindo que o terapeuta solicitasse novas informações. Geralmente, tais intervenções também antecederiam reações agressivas da cliente, muitas vezes na forma de falas nas quais discordava do terapeuta utilizando piadas ou ironia (sarcasmo).

4. Trechos da história de vida

A cliente foi criada praticamente só pela mãe, já que dizia que seu pai foi bastante ausente durante sua infância. Sua mãe era bastante firme e “dizia tudo pelos olhares”. Como era bastante brava, não deixava espaço para que os filhos queixassem-se sobre seus sentimentos e os punia com frequência. Edite dizia que nunca teve abertura suficiente para conversar com a mãe, mesmo depois de mais velha.

Ela relata que sua família foi rejeitada pelos pais de sua mãe, por não aceitarem o casamento de sua mãe com seu pai. Segundo ela, sempre se sentia menos querida que os primos, mas não podia falar dessas coisas com a mãe, pois ela chorava e a mãe dizia que ela tinha de ser forte. O mesmo acontecia com qualquer situação que Edite tentasse discutir com a mãe.

Edite casou-se cedo com o marido e logo teve um filho. Segundo ela, o marido nunca participou da criação do primeiro filho, e ela tomava todas as decisões. Nas primeiras vezes que relatou essa situação chorou por lembrar que sempre foi muito brava e agressiva com o filho. Aproximadamente 18 anos depois teve uma filha, não esperada, e decidiu que gostaria de criá-la de maneira diferente. Porém, percebeu-se repetindo erros cometidos com o primeiro filho e isso a motivou procurar terapia.

5. Análise funcional da queixa da cliente

Edite apresentava repertório agressivo verbal e não apresentava repertório de comunicação de sentimentos ou qualquer outro repertório de intimidade. Não compartilhava nada e sentia medo de se sentir excluída ou julgada, como na infância. Qualquer manifestação de vulnerabilidade na relação era aversiva para ela e sua reação, geralmente era ser agressiva e afastava as pessoas. Assim, Edite era reforçada negativamente por reagir agressivamente, afastando tentativas de intimidade. Ao mesmo tempo a agressividade era reforçada positivamente já que ela conseguia diversas coisas que ela requeria do outro como, por exemplo, quando era questionada de alguma decisão em seu trabalho, Edite reagia utilizando falas irônicas ou agressivas. Geralmente as pessoas se afastavam dela, mas mantinham a decisão tomada por ela anteriormente à discussão.

Por outro lado, esse repertório produzia sofrimento na Edite, já que ao afastar as pessoas, também afastava a possibilidade de obter reforçadores positivos provenientes de relação de amizade e intimidade. Além disso, ao afastar as pessoas, naturalmente sentia-se excluída, o que produzia mais respostas agressivas.

Em outras situações, quando Edite era questionada ou quando não se sentia compreendida pelo ouvinte, ela reagia agressivamente, utilizando respostas verbais vocais e não vocais. Isso acontecia em todos os contextos, familiar ou no trabalho.

Foram considerados CCR1 para Edite os seguintes comportamentos: 1) Resposta verbal vocal e não vocal agressiva: sarcasmo, tom de voz elevado, olhos cerrados encarando com expressão facial relacionada à irritação, movimento com os ombros indicando discordar do terapeuta, entre outros; 2) Edição de partes da interação, ocorrida fora da sessão e descritas por ela, que pudessem gerar punição a ela

(por exemplo, uma vez relatou que o sobrinho brigou com ela e saiu da casa em que todos estavam hospedados. Ela não disse inicialmente que teria sido agressiva com o sobrinho momentos antes, o que poderia ser punido pelo ouvinte.); 3) a ausência de CCRs 2: Descrição de eventos desprovida dos sentimentos e pensamentos correlatos.

Foram considerados CCRs 2: 1) Descrição de sentimentos compatível com os eventos relatados; 2) Respostas assertivas ou falas compreensivas (respostas verbais claras e adequadas indicando que discordava ou ficou irritada, mas entendia a opinião do terapeuta); 3) relatos de comportamentos que poderiam ser punidos em outras situações (repertório de intimidade).

6. Intervenções

Problemas cotidianos

O terapeuta discutiu diversas situações cotidianas, atuais e passadas, ocorridas com a cliente no ambiente familiar ou do trabalho. Foram analisadas as esquivas de relacionamento e intimidade que Edite emitia no seu dia-a-dia. Durante essas análises foi possível conversar sobre os sentimentos da cliente e de que maneira ela poderia ser fiel a seus sentimentos sem ser agressiva com as pessoas. Dessa forma, foram se estabelecendo respostas mais assertivas no repertório da cliente, que aos poucos se tornaram predominantes nos conflitos enfrentados por ela diariamente.

Foram realizadas recomendações para que Edite tentasse discriminar seus sentimentos enquanto se encontrava incomodada em uma situação. Era comum seu relato ser pouco preciso justamente pelo fato de que Edite não percebia que estava nervosa até o momento de ser agressiva. Essas situações eram discutidas e analisadas

em sessão e isso a auxiliou a discriminar e responder de maneira assertiva quando se sentisse contrariada ou vulnerável.

Intervenções baseadas na FAP

Durante a sessão o terapeuta, a depender da fase da pesquisa, sinalizou as respostas agressivas que Edite emitia (respondeu contingentemente a um CCR1) e solicitou novas tentativas de relato dela. Em muitas situações Edite respondia de maneira sarcástica e o terapeuta perguntava se ela havia ficado irritada, solicitando a ela que fosse mais clara no seu relato. O objetivo era evocar descrições de sentimentos e respostas assertivas de Edite na interação terapêutica.

Quando Edite discordava adequadamente ou descrevia claramente seus sentimentos o terapeuta indicava que isso era importante para aproximar os dois e que faria também a diferença nas relações cotidianas da cliente. O mesmo era realizado quando Edite relatava respostas inadequadas suas em suas relações diárias, o que seria naturalmente punido. O terapeuta relatava a importância de ela compartilhar essas coisas com ele.

Todas as intervenções foram com o objetivo de criar uma relação de intimidade, na qual Edite pudesse compartilhar sentimentos negativos e positivos sem que fosse punida. O terapeuta, ao invés de se afastar, como ocorre normalmente na vida da cliente, buscou sinalizar comportamentos adequados e inadequados na interação, possibilitando que ela identificasse os mesmos problemas encontramos em seu dia-a-dia.

T: Bom, eu entendi que estamos falando de um ponto delicado, mas quando você me responder assim sarcasticamente, me afasta um pouco. (Regra 3-1)

T: Você acha que é difícil o que estamos falando aqui? (Regra 3-1-NS)

T: Quando te ouço falando dos seus sentimentos consigo entender melhor como você se sente. Parece que fico mais próximo, como se você me permitisse participar com você. Fico imaginando se outras pessoas importantes na sua vida também não gostariam de se sentir assim. (Regra 3-2)

T: Fica claro porque você ficou tão mal nessa situação, entendo que esteja se sentindo assim. (Regra 3-2-NS)

Formulação do caso clínico 2: Virgílio

1. Identificação do Cliente

Virgílio tinha 23 anos durante o período de coleta de dados e estava no penúltimo ano do seu curso superior. Ele morava com outros dois homens em um apartamento dividido próximo à Universidade. O cliente nasceu e cresceu em uma cidade menor, porém se mudou para São Paulo para estudar. Além de cursar a Universidade ele realizava estágio em sua área de atuação na mesma empresa já havia algum tempo.

2. Queixas apresentadas pelo cliente

Virgílio procurou atendimento na clínica escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo queixando-se de problemas nas relações do dia-a-dia. O cliente se queixava de não ter vivido várias coisas em sua vida, como ter amigos e se relacionar com mulheres. Sentia muita falta de sair com amigos, mas não sabia como ter esse tipo de vida. Suas obrigações (faculdade e estágio) eram tudo o que tinha, não saindo nos finais de semana.

Suas dificuldades impactavam inclusive nas relações com os amigos com quem vivia, já que ele dizia não conseguir manter uma relação “normal” com eles. Descrevia um desânimo com relação à sua vida e gostaria de mudar isso.

3. Dificuldades observadas:

Relacionamento Interpessoal

A descrição de Virgílio sobre suas poucas interações com amigos de trabalho e da faculdade já indicavam algumas das dificuldades apresentadas. Ele parecia não

conhecer assuntos em comum com as pessoas da sua idade e suas tentativas sempre estavam relacionadas a falar sobre as tarefas do trabalho e da faculdade. Além disso, ele relatava não conseguir participar de conversas quando havia mais do que duas pessoas, pois “sempre ficava de lado”. Em seus relatos de conversas no trabalho e da faculdade ele dizia que realizava tentativas de aproximação e discussão de assuntos, porém nunca era efetivo e sentia-se excluído.

Virgílio também relatava não conseguir conversar com mulheres e suas poucas tentativas eram sempre frustrantes. Não conseguia estabelecer um diálogo longo e queixava-se de não ter assuntos ou de não conseguir conversar de assuntos em que não tivesse “experiência”.

Durante diálogos com amigos, sempre que um assunto era trazido e dizia respeito a alguma coisa que Virgílio não tivesse feito (por exemplo, ele nunca esquiou) sua resposta era ficar quieto. Segundo ele, como nunca fez aquilo, não poderia conversar sobre aquele assunto. Logo, seus diálogos eram muito reduzidos.

Características da comunicação verbal

Virgílio apresentava uma comunicação bastante confusa. Seus relatos, no início da terapia, eram difíceis de acompanhar, pois ele tinha um tom monótono e apresentava análises confusas das situações ocorridas no dia-a-dia. Sua fala não era fluente e, muitas vezes, tinha pausas longas durante o relato. Tudo isso ocorria nas suas interações no trabalho e faculdade, o que sempre dificultou com que ele conseguisse manter diálogo por muito tempo com alguém. Ele dizia perceber o incômodo nas pessoas ao conversar com ele, o que levava ao desinteresse e naturalmente ao fim do contato.

Virgílio apresentava muitas discordâncias durante uma interação verbal. Segundo ele, um diálogo deveria ter isso, alguém defendendo um ponto e o outro argumentando. O problema é que geralmente sua argumentação era contrária, e não favorável, o que afastava as pessoas do seu cotidiano.

Quando falava sobre conversas com mulheres o problema era ainda maior. Virgílio tinha dificuldades em ter assuntos, tinha um tom monótono e ainda menos fluente. Por esse motivo ele não se aproximava de mulheres a não ser que fosse diretamente apresentado.

Relacionamento com o terapeuta

As interações entre Virgílio e o terapeuta não foram diferentes das outras interações que ele tinha no dia-a-dia. Seu relato era muito pausado, monótono e de difícil compreensão. Além disso, apresentava muitas discordâncias, o que naturalmente provocava incômodo e afastamento no terapeuta. O terapeuta também sentia desconforto ao manter contato com Virgílio, exatamente o que ele descrevia com as pessoas do seu dia-a-dia.

Virgílio dizia que não via solução para seus problemas e qualquer tentativa de ajudá-lo era descartada e as mesmas queixas surgiam, o que produzia grande frustração no terapeuta.

4. Trechos da história de vida

Virgílio nasceu e cresceu numa pequena cidade. Sempre teve poucos amigos na escola e não saía de casa com frequência, a não ser para ir para a própria escola. Seus pais nunca o incentivaram ou ao irmão a saírem e tentar fazer coisas sozinhos, muito pelo contrário, segundo ele essas tentativas eram boicotadas pelos pais.

Seu irmão, mais velho, apresentava algum problema cognitivo diagnosticado e sempre teve problemas de relações com outras pessoas. Virgílio dizia que não queria ficar como o irmão, “sozinho e com os pais”. A relação dos dois era bastante distante, não conversavam sobre muitos temas e não faziam coisas juntos.

Virgílio sempre foi bom aluno na escola, tirando boas notas, o que, segundo ele, servia como “consolo” por não ter uma boa vida social. Ao vir estudar em São Paulo as coisas não seguiram dessa maneira. Apesar de estudar bastante, não teve mais o desempenho de melhor aluno, e sua vida social não melhorou. Ele encontrou muitas dificuldades morando sozinho e voltava para a casa dos pais nos finais de semana até o terceiro ano de sua graduação. Com isso, deixava de sair com os colegas de faculdade e de melhorar seu repertório social.

A situação se tornou pior para ele quando começou a gostar de uma amiga de faculdade, que parecia não se interessar amorosamente por ele. Ele realizava diversas tentativas frustradas de aproximação. Apesar disso, essa relação fez com que mudasse seus hábitos e ficasse em alguns finais de semana em São Paulo.

Durante o processo terapêutico Virgílio foi afastado de dois estágios, e em cada uma das vezes ele descrevia perceber o “peso” que suas dificuldades de interação tinham na sua vida pessoal e profissional.

5. Análise Funcional da Queixa do Cliente

Virgílio nunca teve muitos amigos e relações significativas que não as familiares (segundo o seu próprio relato). Sendo assim, seu repertório social teve pouca possibilidade de ser modelado, o que podia ser notado pela dificuldade em manter um diálogo com alguém.

Quando Virgílio interagia com alguém seu relato era monótono e geralmente sobre assuntos pouco interessantes. Ao mesmo tempo em que produzia afastamento das pessoas e exclusão de conversas entre amigos (punição), era a única fonte de reforçadores sociais positivos a que ele tinha acesso. Dessa forma, esse relato confuso e pouco fluente (com longas pausas) se mantinha em seu repertório apesar de produzir tanto sofrimento em Virgílio.

As tentativas de interação realizadas por Virgílio durante a faculdade estavam relacionadas a temas de estudo. Suas tentativas de falar com colegas geralmente envolviam muitas discordâncias por parte dele. Segundo ele, durante a faculdade percebeu que um diálogo deveria ter duas pessoas discordando de um tema e tentando chegar a uma conclusão. Evidentemente isso produzia afastamento das pessoas (punição), mas ao mesmo tempo produzia contatos sociais breves (reforçamento positivo).

Foram selecionados como CCRs 1: 1) Fala desorganizada e “truncada” (excesso de análises que não descreviam adequadamente as contingências, análises superficiais que pareciam não estar relacionadas com o que era discutido no momento, não responder diretamente uma pergunta do terapeuta); fala “truncada” diz respeito à excesso de pausas durante a fala; 2) Tom de voz monótono; 3) Discordâncias recorrentes com o terapeuta (geralmente as discordâncias eram sobre paráfrases do terapeuta, que incluíam alguma interpretação).

Foram considerados CCRs 2: 1) Relatos curtos e organizados, que contivessem análises claras diretamente relacionadas com o ocorrido; 2) Tom de voz que variasse conforme o assunto relatado; 3) Respostas curtas às solicitações de relato, tornando a

conversa “fluida”; 4) Uso correto das discordâncias com o terapeuta, sinalizando a diferença entre o relatado pelo cliente e aquilo que foi interpretado pelo terapeuta.

6. Intervenções

Problemas cotidianos

Durante as sessões o terapeuta buscou analisar as interações junto com Virgílio, tentando identificar seus comportamentos e suas consequências. A princípio o cliente tinha dificuldades em perceber seus comportamentos durante a interação e descrevê-los para o terapeuta, mas conforme esse tipo de intervenção foi se tornando constante o cliente passou a relatar melhor o que via em suas interações. Isso permitiu também que o terapeuta pudesse, em seguida, intervir sobre esses mesmos comportamentos na interação com o cliente (discutido a seguir).

Foram realizadas diversas recomendações a Virgílio para que desenvolvesse outros repertórios sociais. O terapeuta discutiu possibilidades alternativas de respostas, temas interessantes, contexto adequado, entre outras coisas. Essas intervenções permitiram acelerar a modelagem desses repertórios no cotidiano das interações de Virgílio.

Intervenções baseadas na FAP

As intervenções realizadas sobre os problemas cotidianos permitiram que o terapeuta utilizasse as descrições de Virgílio para sinalizar a ocorrência dos comportamentos em sessão. Dessa forma, o terapeuta descrevia quando o cliente estava usando um tom monótono, quando o relato estava com longas pausas, ou quando era muito confuso (respostas adequadas de punição a CCRs 1).

Ao mesmo tempo, o terapeuta buscava evocar um relato mais contínuo na interação com o cliente utilizando perguntas e repostas mais curtas. Quando Virgílio se engajava em CCRs 2 o terapeuta sinalizava a ele sua melhora (a depender da fase da pesquisa). Em outras situações o terapeuta dava continuidade ao relato do cliente, sinalizado que estava acompanhando e compreendendo o que era dito (reforçamento positivo natural – Não sinalizado).

T: Claro, faz sentido isso que você está falando. (Regra 3-2-NS)

T: Eu estou entendendo, mas você acha que as pessoas entenderam o que você queria dizer? (Regra 3-2-NS)

T: Do jeito que você está falando, o tom de voz e a continuidade do assunto faz ficar muito mais fácil te entender, me parece que te ajudaria fazer assim fora daqui, o que acha? (Regra 3-2)

T: Quando você dá continuidade ao que estou te perguntando me mantém muito mais atento à nossa conversa, isso acontece assim fora daqui? (Regra 3-2)

O objetivo principal do terapeuta era evitar o que ocorria nas interações do cliente fora da sessão, em que seus colegas se afastavam. Dessa forma, o terapeuta podia modelar o repertório social do cliente ao longo das sessões terapêuticas.