UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

MILENA CARVALHO DE GODOY GEREMIAS

**MANEJO DE ESQUIVAS EMOCIONAIS NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA
FUNCIONAL: DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO**

São Paulo
Maior de 2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

MILENA CARVALHO DE GODOY GEREMIAS

**MANEJO DE ESQUIVAS EMOCIONAIS NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA
FUNCIONAL: DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO**

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

Área de concentração: Psicologia Clínica.

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

São Paulo
Maio de 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.**

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Geremias, Milena Carvalho de Godoy.

Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único / Milena Carvalho de Godoy Geremias; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2014.

109 f.

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

1. Terapia comportamental 2. Esquiva 3. Delineamento experimental 4. Categorização I. Título.

RC489.B4

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Geremias, Milena C. G.

Manejo de Esquivas Emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional:
Delineamento Experimental de Caso Único

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

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Jesus Dutra dos Reis

Universidade de São Carlos

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Jocelaine Silveira

Universidade Feral do Paraná

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Beatriz Meyer

Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao meu amor e melhor companhia, Juliano Pastorelli Dutra - por todo o incentivo, apoio incondicional e parceria permanente desde a idealização deste trabalho até os minutos finais de sua confecção.

AGRADECIMENTOS

À minha querida, exemplar e dedicada **orientadora e professora Sonia Beatriz Meyer**, que me impulsionou em cada passo desta caminhada e desenvolvimento enquanto pesquisadora. Que me fez acreditar ser capaz de traduzir em ciência minha paixão pela psicologia clínica e com quem eu pude desenvolver-me ainda mais profissionalmente. Obrigada pelas tardes produtivas de supervisões, pelas reuniões estendidas ao skype, pelas constantes trocas de emails madrugadas e madrugadas à dentro e, acima de tudo, pela verdadeira relação de amizade construída nestes anos. Não imaginava que aquela sensação prazerosa de nossa primeira conversa (lembro-me até hoje da bonita troca de olhares que tivemos), em minha entrada ainda como aluna especial em uma disciplina sua, se expandiria para algo ainda mais reforçador. Não caberiam em palavras as emoções partilhadas nas visitas à minha casa em Campinas, no carinho dedicado à Babi e Juliano, nas músicas de sax por mim tocadas e que tiveram Mia e Mitzi como ouvintes exclusivas, no sorriso do Charles sempre que foi possível nos encontrar e, por fim, em todo o cuidado e compreensão com as questões de saúde que se fizeram presentes após o primeiro ano. Foi de extrema importância ouvir sua certeza sempre inteira de que tudo estava sob controle e de que eu daria conta do recado. Agradeço por sabiamente ter compreendido meu pedido em não parar as atividades ou me poupar delas, como a ajuda que precisava para não desligar os motores. Eles funcionaram com doses variadas de bateria, mas suas vibrações constantes culminaram não apenas na conclusão desta dissertação, como numa recuperação cheia de aventuras a me distrair no final das contas. Minha imensa gratidão por cada experiência trocada e pela total disponibilidade em todas as fases. Assim ficou ainda mais gostoso estudar!

Ao meu **marido Juliano** e nossa filhota **Babi** pela companhia sempre divertida e envolta de brincadeiras e lambidas. Foram elas que muitas vezes ao invadirem o escritório, me renderam minutos de fôlego extra, motivando horas a fio de trabalho na jornada tripla de rotina. Valeram os episódios de 'The Walking Dead' que acompanharam sem mim e rechearam parte da minha ausência, principalmente nestes momentos finais (mas terão que ver tudo de novo agora, rs!). Obrigada Ju por sempre incentivar os meus sonhos e projetos, me permitindo dividir entre nós, os estudos e o consultório – meus amores inseparáveis. Sua paciência, carinho e suporte infinitos nos momentos de cansaço mais intenso foram meu maior alicerce.

À minha **irmã Maitê**, meu **cunhado Marcelo** e o nosso **garotão Fred** pelas pizzadas de sábado a noite e almoços visitas de domingo, responsáveis por me fazerem parar para comer em horários mais adequados. Já que nos enclausuramos, eles compreensivamente vieram até nós. Não poderia deixar de registrar a parceria trocada Mazinha nas minhas idas semanais à Usp, onde muitas vezes com sono na estrada te liguei nos horários mais malucos e você me fez companhia até que eu pudesse largar o volante. Valeu por ter me ouvido quando apreensiva com tanta coisa por fazer, assim como por ter sabido entender o meu distanciamento nos momentos de maior trabalho. Sim, eu fugia das broncas! Não tem jeito minha irmã, este problema de ritmo acelerado é de família, né?

Aos meus **pais Maria Eunice e Oscar** que me proporcionaram uma base sólida de conhecimentos desde a infância, me permitindo frequentar bons colégios, conhecer excelentes professores e descobrir uma das coisas que mais gosto de fazer: ler e estudar. Me desculpo pelos momentos necessários de reclusão, muitas vezes não podendo estar presente nas reuniões e festividades de família. Espero deixá-los orgulhosos com a finalização desta conquista. À minha **Família** no geral: minhas queridas avós, minha forte bisavó, minhas tias, tios, primos e primas reitero que em breve estaremos de volta no circuito dos eventos a la italianos, regados da nossa boa culinária e muito falatório, nos aguardem.

Aos meus queridíssimos **Clientes** pelos momentos únicos, comprometidos e apaixonantes de desenvolvimento interpessoal e fortalecimento terapêutico compartilhados. Vocês foram a motivação maior de todo o esforço dedicado neste trabalho. É por vocês e para vocês que me empenho na superação dos meus próprios limites, me desafiando incessantemente em busca de solidificar os conhecimentos já acumulados, assim como de adquirir e aprender constantemente novos. Registro também o carinho e torcida que pude acompanhar em cada feição quando o problema renal me abateu. Uns mais diretos e compreensivos, outros mais contidos e até mesmo apresentando algumas caretas, mas todos à sua maneira extremamente solidários. Não houve um caso perdido, não houve uma desistência. E foi justamente a recusa geral à minha abertura de encaminhamento e total compreensão para a pausa médica, que me fizeram recuperar mais rápido. Obrigada por também fazerem parte da minha história.

Ao meu reforçador **grupo de pesquisa e supervisão da USP**: Alessandra Villas-Bôas, Claudia Oshiro, Marcia Kameyama, Emerson Simões, Victor Mangabeira, Ana Carolina Franceschini, Daniela Tsubota, Tauane Gehm, Lígia Carvalho, Mariana Castelli e Jan Leonardi. E aos **amigos de disciplina e profissão**: Felipe Carvalho, Renata Rafihi e Luana Flor. Vocês foram importantes contingências para todo o aprendizado adquirido. As reflexões, conversas e risadas em supervisão, salas de aula ou mesmo nos trailers da Usp valeram todas as minhas idas à São Paulo. A intimidade desenvolvida e o aprofundamento de algumas relações entre nós, as quais certamente levarei vida a fora, me foram mais um grande presente.

À minha **amiga** mais que especial **Adriane Marinho**. Mesmo longe geograficamente, sentir nossa relação lado-a-lado, continuamente faz meus dias melhores. Como você diz, a nossa sintonia não é deste mundo. Obrigada, acima de tudo, pelo carinho trocado nesta reta final do trabalho. Você não tem ideia do quanto me ajudou.

Aos **amigos** que torceram, me incentivaram e apoiaram em mais esta jornada, mesmo implicando na diminuição de minha disponibilidade e tempo para com eles: Fernanda, Marina, Maurício, Auxiliadora, Janaina, Gabriel, Nadya, Daniel, Tatiane e Eduardo.

Aos meus **queridos sogros** Graça e Dutra - a melhor família que eu poderia ter ganho nesta vida e que tanto me preenche, compreende e ampara. Me desculpem, também, pelas ausências recentes. Tiraremos o atraso, prometo. Ah, vou querer peixe para o próximo domingo!

Aos meus **competentes médicos**, que foram precisos e atenciosos em todas as tratativas que meus rins poucos amistosos demandaram. Dr. Pedro, Dra. Juliana e Dr. Marcelo obrigada por se empenharem em meu tratamento e me permitirem, apesar do sofrimento inevitável do processo, sentir melhor e mais forte. Registro também o meu agradecimento ao Dr. Heitor, pelos processos paralelos em que me deu suporte.

À minha **terapeuta** que sempre preocupada com minha correria, me permitia descansar em seu sofá, me deixando ocupar o outro lado do cenário de forma suave e fazendo de sua sala o lugar mais aconchegante do mundo quando eu mais precisava. Quando penso em você, agradeço às tentativas frustradas de processos anteriores vivenciados, mas que me fizeram ser persistente em tua procura e no encontro de nossas afinidades. Obrigada por toda a compreensão, respeito e confiança que me dedica.

À **aferidora de concordância, cliente e terapeuta participantes** deste estudo, que aceitaram o meu convite, confiaram em meu trabalho e permitiram a concretização da presente pesquisa.

À minha **secretária** Rosa, que cuidadosamente gerenciou minha agenda para que eu pudesse me dedicar a este desafio.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de pesquisa concedida para a concretização do trabalho.

" (...) acho que só há um caminho para a ciência ou para a filosofia: encontrar um problema, ver a sua beleza e apaixonarmo-nos por ele; casarmo-nos com ele, até que a morte nos separe - a não ser que obtenhamos uma solução. Mas ainda que encontremos uma solução, poderemos descobrir, para nossa satisfação, a existência de toda uma família de encantadores, se bem que talvez difíceis, problemas-filhos, para cujo bem-estar poderemos trabalhar, com uma finalidade em vista, até ao fim dos nossos dias."

(Karl Popper)

RESUMO

Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A partir do estudo e consolidação empírica da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) tem-se explorado cada vez mais a relação estabelecida entre terapeuta e cliente, no intuito de se compreender e aprimorar os processos de mudança clínica ocorridos em terapia. A literatura enfatiza que respostas emitidas por parte do terapeuta no decorrer do processo de autorrevelação do cliente podem impactar seu desfecho, facilitando ou dificultando exposições e verbalizações. Considerando que a FAP tem se ajustado bem a casos clínicos que apresentam dificuldades no estabelecimento de relações de intimidade, o objetivo central desta pesquisa foi investigar se o responder contingente do terapeuta às respostas de esquivas emocionais emitidas pelo cliente, aumenta a emissão de relatos sobre sentimentos, assim como o de autorrevelações em sessão e em seus relacionamentos extra consultório. Para isso, uma cliente com queixa de dificuldade em estabelecer relações interpessoais e uma terapeuta (com experiência clínica no manejo da FAP) foram selecionadas. O delineamento experimental de caso único apresentou o formato: A1-B1-A2-B2. As sessões foram filmadas e transcritas e os dados coletados foram analisados pela *Escala de Classificação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS)* adaptada. Doze sessões foram categorizadas e 4.094 (quatro mil e noventa e quatro) unidades de análises foram avaliadas. Os resultados indicaram que a variável independente (FAP) foi a responsável pela diminuição na emissão de comportamentos problema (CRBs1) e, principalmente, pelo aumento na emissão de comportamentos de melhora (CRBs2). Em outras palavras, durante a fase FAP, após a evocação da terapeuta, a cliente passou a entrar em contato com seus sentimentos e se autorrevelar mais efetivamente em terapia, de modo que seus comportamentos de esquiva emocional diminuíssem. De maneira geral, as diferenças entre as fases FAP e não-FAP ficaram evidentes com os dados dos CRBs2 e não com os dos CRBs1. Os resultados corroboram a hipótese do estudo, fortalecem as evidências clínicas promovidas pela Psicoterapia Analítica Funcional e replicam os dados apresentados pelas pesquisas realizadas no Programa de Psicologia Clínica da USP com o uso da FAP e com delineamento experimental de caso único.

Palavras-chave: Terapia Comportamental, Esquiva, Delineamento Experimental, Categorização.

ABSTRACT

Geremias, M. C. G. (2014). *Management of emotional avoidance in Functional Analytic Psychotherapy: single-case experimental design*. Master's Dissertation. Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Based on studies and empirical consolidation of Functional Analytic Psychotherapy (FAP), the relationship between therapist and client has been extensively explored in order to understand and enhance the process of clinical change that occurs during therapy sessions. The literature emphasizes that feedback provided by the therapist to the process of client's self-disclosure might affect and impact outcome by facilitating or hindering interpersonal exposure and verbalizations. Considering that FAP presents satisfactory results with clinical cases characterized by difficulties to establish intimate relationships, the aim of this research was to investigate whether the therapist contingent responding to client's emotional avoidance increases client's report of feelings, self-disclosure in therapy and in out-of-session relationships. For this study, a client with problems to establish interpersonal relationships and a therapist with clinical expertise on FAP were chosen. The single-case experimental design had the format: A1-B1-A2-B2. The sessions were recorded and transcribed and the data collected were coded using an adaptation of the *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)*. Twelve sessions were coded and 4.094 (four thousand and ninety-four) units of analysis were analyzed. Results indicated that the independent variable (FAP) was responsible for decreasing the emission of problem behaviors (CRBs1) and above all for increasing the emission of improvements (CRBs2). In other words, during FAP's phase, after the therapist evoking, the client began to get in touch with her feelings and to self-disclose more effectively in therapy. As a result, her emotional avoidance behaviors decreased. In general, the differences between FAP and non-FAP phases were clearly showed in the data of the CBRs2 and not in the data of the CRBs1. The results corroborate the hypothesis of the study, strengthen clinical evidence of FAP and replicate the data presented in other research studies conducted in the Clinical Psychology Program at University of São Paulo using FAP and single-case designs.

Keywords: Behavioral Therapy, Avoidance, Experimental Design, Categorization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Formato do Delineamento Experimental e Fase Final alcançada.

Figura 2: Porcentagem de CRBs1 (CRBs1 tipo A = respostas de esquiva frente a conteúdo emocional + CRBs1 tipo B = respostas de agressão e afastamento frente a interação emocional), CRBs2 e CRBs3 emitidos em cada fase do delineamento experimental.

Figura 3: Porcentagem de CRBs1 Tipo A (esquiva) e Tipo B (agressão) emitidos isoladamente em cada fase do delineamento experimental.

Figura 4: Porcentagem das respostas efetivas da terapeuta participante aos CRBs apresentados pela cliente no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

Figura 5: Porcentagem das Regras da FAP manejadas pela terapeuta participante no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

Figura 6: Porcentagem de Regra 2, CRBs1 e CRBs2 ao longo das 12 sessões de psicoterapia.

Figura 7: Porcentagem de Os1 e Os2 emitidos pela cliente; e respostas contingentes da terapeuta participante: TOs1 e TOs2, apresentadas no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

Figura 8: Porcentagem de CPR, CTR, TPR e TTR apresentados ao longo das 12 sessões de psicoterapia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Lista dos códigos utilizados e adaptados da FAPRS para categorização dos comportamentos da cliente.

Tabela 2: Lista dos códigos utilizados e adaptados da FAPRS para categorização dos comportamentos da terapeuta.

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

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento e Participação para o(a) Terapeuta.

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) Cliente (TCLE).

Anexo 3: Termo de Compromisso e Responsabilidade para o(a) Aferidor de Concordância e Pesquisadora.

Anexo 4: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA EMOCIONAL	15
A PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP)	24
ESTUDOS SOBRE A INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE	31
DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO	34
JUSTIFICATIVA	38
OBJETIVOS	40
MÉTODO	41
Participantes	41
Questões Éticas	43
Situação e Equipamentos	43
Instrumento	44
PROCEDIMENTO	48
Etapa I - Delineamento Experimental	49
Etapa II - Definição dos Comportamentos Clinicamente Relevantes	52
Etapa III - Treino da Pesquisadora e do Aferidor de Concordância	59
Etapa IV - Processo de Categorização e Análise dos Dados	61
Etapa V - Concordância entre Observadores	64
RESULTADOS	65
DISCUSSÃO	77
CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	103
ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO	103
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	107
ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	108

“Você me perguntou recentemente por que eu afirmo ter medo de você. Como de costume, não soube responder, em parte justamente por causa do medo que tenho de você, em parte porque na motivação desse medo intervêm tantos pormenores, que mal poderia reuni-los numa fala. E se aqui tento responder por escrito, será sem dúvida de um modo muito incompleto, porque, também ao escrever, o medo e suas consequências me inibem diante de você e porque a magnitude do assunto ultrapassa de longe minha memória e meu entendimento.”

(Franz Kafka, 1997 – Trecho do Livro: Carta ao Pai)

O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA EMOCIONAL

Ao discorrer sobre o tema ‘controle do comportamento pelo meio ambiente’, Skinner em 1953 afirmava não se poder negar a importância, qualquer que fosse a filosofia do comportamento humano adotada, sobre o mundo que nos cerca. Segundo o autor, é possível que teorias discordem quanto à natureza ou à extensão do controle que determinado ambiente pode exercer sobre os indivíduos, mas que há sempre algum controle é dado inquestionável.

Aprofundando esta afirmação, temos que uma pessoa ou grupo exerce controle sobre indivíduos por meio, principalmente, de seu poder de reforçar ou punir comportamentos emitidos publicamente, tornando-se, portanto, parte do ambiente que exerce controle sobre o outro. Tal explanação define o conceito de comportamento social, no qual uma pessoa torna-se parte do ambiente de outra e, dessa forma, se estabelece como alguém que libera consequências de respostas em contingências sociais (Skinner, 1953/2007). Na maioria das vezes, as contingências sociais implicam em contingências verbais, devido à necessidade de mediação do outro na obtenção de reforços. Assim sendo, o reforço social torna-se uma questão de mediação interpessoal, não podendo ser descrito sem incluir a participação de outro organismo.

Todavia, a intensidade e a força com que os estímulos reforçadores ou punidores liberados socialmente irão impactar determinado indivíduo, derivarão do número e da

importância de pessoas em sua vida. Nesse sentido, torna-se de extrema relevância a compreensão das agências de controle e suas variáveis, assim como do ambiente social com o qual o indivíduo interage, uma vez que alguns produtos deste controle podem ser prejudiciais à pessoa, tendo efeitos tanto no campo das emoções como afetando comportamentos operantes.

A literatura da Análise do Comportamento aponta que, em situações nas quais o controle for excessivo ou inconsistente, são especialmente encontradas respostas de: FUGA/ESQUIVA - quando o indivíduo simplesmente foge do controlador; CONTRACONTROLE - quando ele contra-ataca o agente controlador e RESISTÊNCIA PASSIVA - que consiste em não se comportar em conformidade com os procedimentos controladores (Skinner, 1953/2007 e 1974/2006).

Ainda de acordo com o autor supracitado, tais respostas, por sua vez, se vinculam a subprodutos emocionais como: MEDO - o procedimento controlador que leva o indivíduo a fugir e se esquivar também origina o padrão emocional do medo, que é acompanhado por uma profunda mudança no comportamento operante, de modo a ocorrer um aumento na probabilidade de emissão de qualquer comportamento facilitador da fuga ou esQUIVA e enfraquecimento geral de outros; ANSIEDADE - também é um acompanhante comum da resposta de fuga ou esQUIVA, visto que o pavor de um evento futuro pode ser originado por estímulos específicos que precederam os eventos punitivos; IRA e RAIVA - é o padrão emocional que acompanha as respostas de contracontrole, indicando uma elevada disposição para agir agressivamente contra o agente controlador; e DEPRESSÃO - trata-se de respostas emocionais associadas à resistência passiva. Tristeza, tédio, enfado, indiferença são algumas delas.

Com base nos padrões emocionais acima descritos, alguns efeitos do controle sobre os comportamentos operantes podem ser: COMPORTAMENTO EXCESSIVAMENTE

VIGOROSO - quando o indivíduo apresenta uma probabilidade de resposta inusitadamente alta e cujo comportamento não pode ser explicado frente às variáveis presentes, não se adaptando bem à realidade; COMPORTAMENTO EXCESSIVAMENTE RESTRITO - visto que a punição repetida pode produzir uma pessoa inibida, tímida e que pouco se comporta; CONTROLE POR ESTÍMULOS DEFICIENTES - quando o comportamento foi severamente punido, o indivíduo pode vir a dar respostas deficientes ou inexatas, Skinner em seu livro Comportamento Verbal (1957/1978) retoma esta questão ao discutir que a punição não enfraquece diretamente um comportamento, mas apenas fortalece formas incompatíveis de comportar-se; e AUTOCONHECIMENTO DEFICITÁRIO - uma vez que o indivíduo pode passar a reagir deficientemente aos estímulos gerados pelo seu próprio comportamento.

“Os efeitos emocionais do controle podem ser severos. Padrões produtivos de comportamento ficam distorcidos por fortes predisposições emocionais, e o comportamento operante, que tenha sua probabilidade de emissão aumentada na emoção pode ter consequências desastrosas.” (Skinner, 1953/2007, p. 395)

Ao definir o comportamento de esquiva Sidman (1989), por sua vez, destaca-o como um comportamento adaptativo bastante generalizado entre as espécies, visto ser eficaz no impedimento da punição. Entretanto, também reconhece o seu lado mais prejudicial, ressaltando que com o tempo indivíduos que apresentam uma história de controle coercitivo e punição não apenas fugirão ou evitarão estímulos aversivos, mas também todas as situações, objetos ou peças associadas a eles. Como última consequência, pontua que a coerção pode levar:

“nossa própria conduta a tornar-se um conjunto de sinais de iminente punição e reforçamento negativo. Tais sinais tornam-se eles mesmos punidores e reforçadores negativos, assim finalmente nos punimos por simplesmente nos comportarmos. Tudo o que fazemos se torna reforçador negativo. E há apenas um modo de escaparmos de nós mesmos, o suicídio.” (Sidman, 1989, p. 133)

Em outras palavras, Comte-Sponville (1997) explana que neste cenário aversivo não é a vida que a pessoa recusa; mas sim o sofrimento, a doença, o isolamento. Que não é a felicidade que ela despreza; mas da infelicidade que foge. E que até mesmo aqueles que vão enforcar-se, matam-se para não sofrer mais, para não ser mais infelizes, sendo esta ainda uma forma de procurar a felicidade - felicidade análoga à fugir do sofrimento, pois não se daria fim aos dias por algo menor.

Frente a esses aspectos é possível refletir que indivíduos que apresentam histórico de estimulação coercitiva tenderão a ter maior dificuldade de estabelecer relações interpessoais e se autorrevelar. De acordo com Brandão (1999) a dificuldade de autorrevelar-se e expor sentimentos pode ter relação direta com experiências anteriores em que a esquivia foi apropriada e resultou na remoção do estímulo aversivo público e, conseqüentemente, do estado emocional que ele evocara.

Assim sendo, Cordova e Scott (2001) apontam que o nível de vulnerabilidade interpessoal torna-se diretamente proporcional à probabilidade e à intensidade da punição associada ao comportamento, ou seja, um comportamento que foi pouco punido torna-se menos vulnerável do que um comportamento que tenha uma história de punição frequente. Desta forma, a intimidade pode ser compreendida como uma sequência de eventos na qual o comportamento vulnerável à punição interpessoal passa a ser reforçado pelo comportamento de outra pessoa.

Contudo, é importante descrever que a ocorrência de um único evento íntimo não se faz suficiente para o estabelecimento de uma relação de intimidade; para tanto é necessária uma acumulação de eventos pessoais. A formação de uma parceria íntima é inicialmente unidirecional, mas necessita tornar-se bidirecional na medida em que os dois parceiros passam a emitir e reforçar comportamentos vulneráveis em um processo recíproco; se estabelecendo como parceiro íntimo, portanto, a pessoa cuja presença ganha o controle de

estímulo discriminativo sobre o comportamento vulnerável do outro. Essa definição identifica um indivíduo em relação ao outro pela função que ocupa dentro da relação. Por outro lado, não é possível compor uma relação de intimidade apenas de eventos íntimos. A punição de um comportamento vulnerável pode fazer parte de todas as relações interpessoais, necessitando a probabilidade do reforçamento ser suficientemente elevada para de fato caracterizar as interações como íntimas (Cordova & Scott, 2001).

Nesta mesma linha, Vandenberghe e Pereira (2005) apontam que todo comportamento íntimo envolve vulnerabilidade interpessoal, isto é, o estar aberto à crítica ou à punição. Autorrevelar-se em um contexto interpessoal significaria, portanto, abrir-se para censura por outra pessoa, emitindo um comportamento que a experiência anterior ensinara haver risco de punição.

Vale, ainda, ressaltar que a autorrevelação muitas vezes envolve a partilha de sofrimento e sensações desagradáveis como tristeza ou dor, preocupações, ansiedade, vergonha ou insegurança; mas que o compartilhamento de sentimentos de carinho, amor, atenção, proximidade, esperança, alegria ou orgulho também é considerado tão íntimo quanto a troca de experiências negativas (Cordova & Scott, 2001; Kohlenberg & Tsai, 1998).

Em 2005 uma pesquisa realizada por Farber, Berano e Capobianco explorou aspectos relacionados ao processo intrínseco da tomada de decisão e às experiências emocionais envolvidas nos episódios de autorrevelação por parte de clientes, no que diz respeito a revelações de preocupações mais íntimas e segredos em terapia. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes vivenciaram sentimentos de ambivalência antes da revelação; de vulnerabilidade durante a revelação; e fortes emoções positivas imediatamente após a conclusão do episódio. Outro dado interessante está relacionado com uma procura de recepção e aprovação do terapeuta após o enfrentamento da situação e a exposição ter se consolidado. Em resumo, os dados sugerem que embora sentimentos perturbadores, como

medo e vergonha frequentemente precedam e acompanhem a autorrevelação; sentimentos positivos, tais como alívio e orgulho, tendem a predominar durante e após o episódio.

Ao destacar a expectativa do cliente acerca da postura do terapeuta, os autores sugerem que respostas emitidas pelo terapeuta no decorrer do processo de autorrevelação podem impactar seu desfecho, de modo a facilitar ou dificultar a exposição do cliente. Outro estudo que corrobora esses dados é de Plummer, Kanter, Newring, Kohlenberg e Tsai (2009), no qual se pode avaliar o impacto da autorrevelação (neste caso realizada pela figura do terapeuta e não do cliente) no âmbito da relação terapêutica. Os resultados encontrados apontaram que a divulgação da experiência de luto vivenciada pelo terapeuta na ocasião, foi avaliada como positiva pela maioria dos clientes; sugerindo que o movimento da autorrevelação por parte do terapeuta pode evocar alguns comportamentos clinicamente relevantes nos clientes e, assim, se tornar um portal para acessar emoções ou temas de relacionamentos anteriormente inexplorados ou evitados. Nas circunstâncias descritas, os autores pontuaram que o compartilhar do sofrimento do terapeuta pode se tornar uma poderosa oportunidade para o crescimento da dupla terapêutica.

Retomando Skinner (1953/2007 e 1989/1995) tem-se que consequências aversivas são responsáveis por vários tipos de problemas interpessoais e que quando a punição é imediatamente contingente ao comportamento, pode reduzir sua probabilidade de ocorrência assim como igualmente suprimi-lo. Deste modo, a situação em que o comportamento ocorre ou algum aspecto do próprio comportamento, torna-se aversivo e como resultado pode reforçar negativamente formas alternativas de comportamento. No que diz respeito às possibilidades de tratamento frente a este cenário, o autor aponta a psicoterapia como principal técnica para reverter mudanças comportamentais que aconteceram como resultado da punição. Nesse sentido, afirma que o terapeuta deve responder a três questões para poder explicar o comportamento problema do cliente: 1. por que a resposta foi emitida da primeira

vez; 2. por que foi punida e 3. quais as variáveis ativas no presente; visto que como terapeutas devemos estar interessados na correção dos subprodutos do controle.

A identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações de um organismo, denominada na Análise do Comportamento pela nomenclatura de análise funcional, está intimamente ligada às intervenções e análise de contingências realizadas no contexto clínico. Baseando-se no estudo da relação entre as variáveis dependentes e independentes de um comportamento, tal análise permite ao terapeuta encontrar subsídios teóricos e explicativos para identificar o comportamento de interesse a ser trabalhado, avaliar possíveis efeitos comportamentais na vida do cliente e explicitar as relações ordenadas entre as variáveis ambientais e o comportamento selecionado para análise. Ao identificar e explicitar as contingências que controlam qualquer comportamento, torna-se possível levantar hipóteses sobre a aquisição e manutenção dos repertórios problemáticos, assim como planejar possibilidades de ensino a novas respostas, de modo incompatível, por exemplo, com as respostas de esquiva emocionais emitidas.

Buscando justamente estudar tais respostas, Brandão (1999) destacou que os principais efeitos dos comportamentos de fuga-esquiva são:

- Falta de contato com reforçadores positivos e consequentes déficits comportamentais;
- Recorrência de respostas emocionais ou sentimentos dolorosos;
- Impossibilidade de sentimentos positivos que as situações evitadas poderiam produzir;
- Aumento do potencial aversivo da situação evitada;
- Generalização de respostas emocionais para outras situações, objetos ou pessoas;
- As próprias respostas emocionais se tornam reforçadores negativos e o indivíduo passa a querer controlá-las.

Somado a isso, é importante advertir que a esquiva emocional tende a aparecer não apenas quando o indivíduo tenta livrar-se de seus sentimentos dolorosos, como também quando não consegue acessar reforçadores por meio de outros comportamentos. E é nesse sentido que os sistemas coercitivos produzem respostas de fuga-esquiva que se tornam ineficientes.

Logo, a psicoterapia torna-se o espaço no qual mudanças comportamentais ocorrem, principalmente relacionadas ao comportamento social e mais especificamente ao comportamento verbal, a partir de um processo de modelagem entre terapeuta e cliente; como também apontado por Skinner em 1969/1984. Por sua vez, Follette, Naugle e Callaghan (1996) destacam que o processo de modelar novos comportamentos no repertório dos clientes implica primeiramente no exercício da audiência não punitiva seguido do emprego de procedimentos baseados na consequenciação direta do comportamento, de forma que “aos poucos, o terapeuta passará a selecionar classes de comportamentos que indiquem mudanças relevantes, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos” (p. 156).

Assim como eles, Rosenfarb (1992) também focalizou a relação terapêutica como um processo de modelagem, dando ênfase ao papel do terapeuta como agente central da promoção de mudanças dentro da sessão. Estes autores (Rosenfarb, 1992; Follette, et al., 1996) ainda apontam a auto-observação e o relato de sentimentos como comportamentos que podem ajudar o cliente a identificar as variáveis de controle envolvidas em seu comportamento problema.

Sintetizando vários estudos, Meyer e Vermes (2001) listaram algumas características do terapeuta que facilitam a relação terapêutica no que diz respeito à promoção de ajuda ao cliente, tais como: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança, flexibilidade, comprometimento, tolerância e interesse. Com relação a comportamentos terapêuticos específicos, destacaram-se: comportamentos gestuais,

manutenção do contato visual, verbalizações acerca de pensamentos e sentimentos, postura não diretiva e orientações ocasionais.

Enfatizando ainda mais a importância que a relação terapêutica ocupa no cenário da terapia, vale destacar que Kanfer e Phillips (1975) já pontuavam que os fatores de relacionamento, por muitas vezes, eram determinantes na mudança de comportamentos apresentadas pelos clientes, de modo que os comportamentos do terapeuta faziam parte de um conjunto de variáveis que podiam aumentar ou diminuir a eficácia das técnicas comportamentais utilizadas. Em concordância com esses dados, pesquisadores como Rimm e Masters (1974), Raue e Goldfried (1994) também realizaram estudos que encontraram como ponto-chave uma sólida relação terapêutica, avaliada como produtiva para que o cliente se desenvolvesse, permanecesse em terapia e fosse perseverante na execução de tarefas comportamentais.

Além disso, Vermes, Kovac e Zamignani (2007) salientaram que a emissão de determinados comportamentos por parte do terapeuta auxiliam na promoção de acolhimento, compreensão e interesse em direção aos relatos emitidos pelo cliente, podendo, portanto, contribuir para o aumento de certas verbalizações e revelações.

Brandão (2000), ainda, explicita que no ambiente da terapia ocorrem aproximações e esquivas comuns do cotidiano e que estas, geralmente, têm relação com a queixa do cliente, cabendo ao terapeuta bloquear a esquiva, ou seja, responder de forma contingente ao comportamento problema quando o mesmo aparecer, sendo empático e fazendo com que o cliente se “sinta forte na condição de ser humano” (p. 225).

Partindo destes estudos, tem-se que habilidades terapêuticas que promovam e produzam aceitação, cuidado, entendimento e validação das experiências e sentimentos vivenciados pelo cliente em sua história de vida, além de auxiliar e contribuir para a criação e fortalecimento de um ambiente terapêutico seguro e amistoso, tendem a favorecer uma

exposição mais legítima e genuína por parte do cliente neste novo espaço, facilitando a exposição de suas reais dificuldades e sofrimentos.

De maneira geral, o terapeuta deverá promover situações ao longo das sessões para que o cliente expresse seus sentimentos, visto que estes são indícios das variáveis que estão controlando e mantendo seu comportamento. Mais especificamente, o relato de sentimentos ajudará tanto o terapeuta a realizar as análises funcionais do caso, como também o cliente a compreender e alterar o seu próprio comportamento.

A PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP)

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) se consolidou no cenário das teorias comportamentais da terceira geração, ao lado da Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1987), Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, 1987) e Terapia Comportamental Integrativa de Casal (Jacobson, 1992), fazendo uso metodologicamente dos princípios teóricos do Behaviorismo Radical para atuar no contexto clínico e dando maior ênfase à relação terapêutica e aos comportamentos que ocorrem durante a sessão. Trata-se, portanto, de um processo terapêutico no qual as relações estabelecidas entre terapeuta e cliente são variáveis determinantes para detectar o comportamento problema do cliente, assim como para promover sua posterior mudança.

Em resumo, a FAP deriva de uma análise funcional skinneriana do ambiente psicoterapêutico convencional, enfocando as variáveis da relação terapêutica como um instrumento de mudança comportamental. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991/2001) a Psicoterapia Analítica Funcional conduz o terapeuta a uma relação genuína, sensível e cuidadosa com seu cliente, e ao mesmo tempo apropria-se com vantagens das definições claras, lógicas e precisas do Behaviorismo Radical.

No que diz respeito ao presente trabalho, considerando que a FAP se adapta muito bem a clientes que não obtiveram uma melhora adequada com as terapias comportamentais convencionais e àqueles que têm dificuldades em estabelecer relações de intimidade (Kohlenberg & Tsai, 1987, 1991/2001), partiu-se da hipótese de que à medida que o terapeuta gradualmente se estabelecer como uma audiência não punitiva, o comportamento que até então foi reprimido, começará a aparecer no repertório do cliente em sessão e, portanto, a partir desse momento as respostas e reações emitidas pelo terapeuta passarão a ter papel fundamental na manutenção e aumento dessa exposição. Como efeito colateral deste processo, alguns resultados da punição como culpa, depressão, angústia ou rigidez podem desaparecer. Mais importante do que isto, é que quebrando as regras e experimentando novos caminhos, o cliente poderá se liberar dos contextos sócio-verbais alienadores (Vandenberghe & Pereira, 2005).

De maneira simplificada, o cliente ao expor seus problemas e sentimentos estaria emitindo em sessão um comportamento altamente vulnerável à punição em suas relações interpessoais, de modo que a reação do terapeuta se tornará crucial para a manutenção ou não deste comportamento durante o desdobramento da terapia.

É nesse sentido que a proposta de Kohlenberg e Tsai apresenta uma abordagem para a psicoterapia que tem se mostrado útil em reduzir a esquivas emocional e, assim, produzir novos repertórios comportamentais. A linha básica de argumentação dos autores é que os comportamentos clinicamente relevantes são naturalmente reproduzidos na relação terapêutica, sendo papel do terapeuta reconhecê-los, identificá-los e analisá-los funcionalmente no momento exato em que ocorrerem na terapia.

A visão analítica funcional aponta que as pessoas se comportam devido às contingências de reforçamento presentes em suas vidas, propondo que a terapia deve, portanto, prosseguir de acordo com o mesmo princípio. Assim sendo, a interação terapêutica

pode tornar-se curativa ao colocar o cliente em contato direto com as contingências que controlam seu comportamento, visto que o comportamento clinicamente relevante passará a ser modelado durante a sessão terapêutica por meio de reforçadores naturais (Cordova & Scott, 2001).

Em outras palavras, a FAP enfatiza a importância da expressão de emoções e sentimentos no processo terapêutico. O terapeuta acolhe as necessidades e dificuldades do cliente, para que ele não se esquive dessas experiências; transformando a relação terapêutica em uma oportunidade para emitirem comportamentos problemas e aprenderem novas formas de se relacionar (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Sousa e Vandenberghe (2007) reafirmam a pontuação dos autores citados, discutindo que a análise do que ocorre entre terapeuta e cliente possibilita não só o resgate do potencial saudável da vivência interpessoal durante a própria sessão, como também converte a terapia comportamental em uma psicoterapia profunda.

Seguindo esta reflexão, Kohlenberg e Tsai propõem imaginar um cliente com história desastrosa em relacionamentos íntimos e que, também, tende a se esquivar de contatos terapêuticos que representem maior proximidade ou afetividade, tentando por vezes destruir o relacionamento. Segundo os autores, é nesse momento que a relação terapêutica trará condições favoráveis para que os princípios da FAP sejam colocados em prática. O comportamento de esquiva emocional ao ocorrer em sessão, em momentos de intimidade e afeto, poderá ser observado e sinalizado pelo terapeuta, colocando o cliente em contato com a situação aversiva e com os sentimentos que ela produz, para que possa posteriormente ajudá-lo a superá-los.

De acordo com Brandão (1999) a esquiva emocional pode ser analisada como um comportamento problema, de modo que Kohlenberg e Tsai estariam acrescentando à proposta de Sidman a ideia de que o comportamento de fuga-esquiva além de ser observado e

analisado funcionalmente, deve ocorrer e ser modelado na sessão terapêutica. E deste modo, tais comportamentos estarão sob influência direta da condução terapêutica adotada.

A ideia se pauta na questão de que como terapeutas não conseguimos controlar diretamente todas as variáveis que impactam o comportamento do cliente, mas conseguimos controlar *como* algumas variáveis podem ser engajadas no espaço terapêutico. Um cliente não ‘tem que’ se comportar como ‘deve’; o terapeuta é que precisa descobrir como conseguir que ele apresente os comportamentos necessários à mudança (Rangé, 1995, p. 54).

Esta descoberta, por sua vez, deve clinicamente envolver a avaliação de pelo menos três momentos da vida do cliente: sua história passada, seu comportamento e sua relação com o terapeuta. No que diz respeito ao último ponto, de posse do conhecimento das técnicas de intervenção e de uma fundamentação teórica que dê suporte para a sua atuação, o terapeuta precisa estar constantemente atento para criar as possibilidades oportunas de fundamentação e posterior fortalecimento da relação com seu cliente.

A relação terapêutica intensa, calorosa e genuína pode permitir variadas vivências, que serão experienciadas de forma não punitiva e poderão ser generalizadas, posteriormente, para outros contextos nos quais o cliente esteja inserido (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Sob este prisma, analisar os sentimentos do terapeuta também torna-se um importante processo, pois as reações emocionais que o cliente produz em sua pessoa (terapeuta) podem fornecer dicas do tipo de estímulo discriminativo que ele (cliente) fornece em suas relações interpessoais fora das sessões terapêuticas. Segundo Meyer (1994) “quando o terapeuta sente irritação, carinho ou tédio frente a um determinado cliente, é preciso identificar se tais eventos internos estão relacionados a eventos de sua própria história pessoal ou se tais encobertos se relacionam a contingências que envolvem o comportamento do cliente e que, portanto, devem fazer parte de suas relações pessoais em geral” (p. 8).

Somado a isso, Kohlenberg e Tsai (1987) ressaltam que os terapeutas devem ser habilidosos ao ponto de evocar os comportamentos clinicamente relevantes do cliente e esclarecê-lo sobre as variáveis de controle que estiverem ocorrendo no momento. Em consonância, Kohlenberg e Cordova (1994) destacam que utilizar um procedimento promovido pela auto-observação, impedindo a emissão de comportamentos de esquiva por parte do cliente, permite ao terapeuta fazê-lo entrar em contato com outras propriedades do estímulo presente e com isso, *“tolerar ou aguentar as emoções associadas com uma situação aversiva sem fugir, escapar ou atacar”* (p. 126). Como resultado final deste procedimento espera-se: (a) diminuir o potencial aversivo da situação evitada, pela própria experimentação desta; (b) impedir a generalização de respostas de fuga-esquiva frente a outras situações, objetos ou pessoas; (c) proporcionar o aumento do contato com reforçadores omitidos, o aumento do potencial para a ação e, decréscimo da estimulação aversiva.

Para tanto, a FAP sistematizou o que acontece entre terapeuta e cliente durante uma sessão, classificando as verbalizações do cliente em três classes de comportamentos, às quais devem ser manejadas a partir de cinco regras de modelagem *in vivo* por parte do terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Os comportamentos-alvo da Psicoterapia Analítica Funcional são chamados de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs - do inglês *clinical relevant behaviors*) e classificados da seguinte forma: CRB1 - comportamentos problemas que devem ser enfraquecidos ao longo da terapia, uma vez que impossibilitam o desenvolvimento de repertórios comportamentais mais efetivos; CRB2 - comportamentos que fazem parte dos progressos apresentados pelo cliente ao longo das sessões e que apresentavam baixa probabilidade de ocorrência no início do tratamento; e CRB3 - interpretações que o próprio cliente faz de seu comportamento em meio à relação terapêutica ou à figura do terapeuta, de modo que a aprendizagem da análise funcional possa ocorrer. Além disso, a FAP classifica os

comportamentos relevantes e de melhora que ocorrem fora da sessão terapêutica, sendo equivalentes em definição com os CRBs. Todavia, por ocorrerem extra consultório foram nomeados de *Outsides* - nomenclatura também advinda da literatura internacional: O1, O2 e O3 respectivamente.

Quanto às intervenções terapêuticas que norteiam o processo de modelagem proposto pela FAP, as cinco regras de manejo clínico dos CRBs foram agrupadas da seguinte forma (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012):

Regra 1: Observar a ocorrência dos CRBs

Esta regra indica que o terapeuta deve prestar atenção aos comportamentos que o cliente apresenta em sessão (ser consciente), de modo a perceber sua ocorrência no momento presente e procurar estabelecer paralelos com problemas que comumente também ocorram fora do ambiente terapêutico, denominados de *paralelos de fora para dentro*. A relevância dela está no fator de que quanto mais perspicaz o terapeuta for para identificar a ocorrência dos comportamentos clinicamente relevantes, mais consistentes tendem a ser os resultados da terapia, uma vez que ele poderá reagir naturalmente aos CRBs. Assim sendo, ao seguir esta regra o terapeuta pode naturalmente reforçar, punir ou extinguir os comportamentos do cliente de maneira a criar novas condições para que os comportamentos de melhora aumentem em frequência. Contudo, é relevante frisar que esta regra é apenas um dos pré-requisitos necessários para o estabelecimento do processo de mudança, não promovendo resultados positivos se manejada isoladamente.

Regra 2: Evocar CRBs

Considerando que nos moldes da FAP o relacionamento terapeuta-cliente ideal seria evocar CRBs1 e criar condições para o desenvolvimento de CRBs2, esta regra aponta que o terapeuta não deve apenas esperar pelo aparecimento de CRBs, mas sim evocá-los diretamente em sessão (ser corajoso), criando as possibilidades de modelagem subsequentes.

Regra 3: Reforçar CRBs

Essa regra consiste no responder contingente ao comportamento clinicamente relevante emitido pelo cliente, assim que este ocorrer em sessão, na presença do terapeuta (ser terapeuticamente amoroso). Partindo do uso do reforçamento natural, a Regra 3 tem sido considerada a principal regra para ativar o mecanismo de mudança na FAP (Tsai et al., 2009; Weeks, Kanter, Bonov, Lands, & Busch, 2012; Tsai et al., 2012), pois ao responder apropriadamente aos CRBs do cliente, o terapeuta poderá prover consequências naturais para seus comportamentos, de forma a diminuir os CRBs1 e promover o aumento de CRBs2.

Regra 4: Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta sobre o comportamento do cliente

Sempre que responder a um CRB do cliente, ou seja, logo após a efetivação da Regra 3 é importante que o terapeuta avalie o efeito da interação *in vivo* sobre o comportamento previamente apresentado. Na Regra 4, o terapeuta deve verificar os efeitos das consequências de seu próprio comportamento (*estar consciente de seu impacto*), perguntado ao cliente sobre suas percepções e sensações, e verificando ou não a repetição dos comportamentos de melhora - CRBs2.

Regra 5: Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente

Esta regra (interpretar e generalizar) se faz presente quando o terapeuta fornece interpretações sobre as variáveis de controle dos comportamentos emitidos pelo cliente, engajando-se em análises para auxiliá-lo a observar similaridades em suas respostas dentro e fora da sessão terapêutica (paralelos de dentro para fora).

ESTUDOS SOBRE A INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE

As pesquisas de processo em psicoterapia consideram ser relevante a construção de conhecimento sobre o *que* deve ocorrer e *quando*, nas diferentes etapas de desenvolvimento das terapias (Greenberg & Pinsof, 1986), pois este seria a base na qual os pesquisadores buscariam apoio para especificar e detalhar seu olhar clínico, rumo a identificação e manejo dos padrões de mudança presentes no processo terapêutico. No que diz respeito à terapia de base analítico-comportamental houve um aumento significativo no número de estudos sobre o desenvolvimento dos processos psicoterapêuticos, especialmente no que se refere à interação terapeuta-cliente em nível verbal (Zamignani, 2007).

Para tanto, as pesquisas mais recentes têm averiguado comportamentos verbais de terapeutas e clientes a partir da análise das transcrições de gravações de sessões terapêuticas. As ações verbais da díade em questão vêm sendo categorizadas e analisadas como parte do processo para se compreender a interação que ocorre momento a momento ao longo da terapia. A metodologia utilizada, por sua vez, tem tornado possível a identificação da relação entre respostas do terapeuta e do cliente, a compreensão da função de tais comportamentos durante os episódios verbais, as regularidades dos comportamentos do terapeuta que podem estar correlacionadas ao sucesso ou fracasso da psicoterapia e a identificação dos processos

de mudança por meio dos quais os ganhos terapêuticos são alcançados (Zamignani & Meyer, 2011; Zamignani, 2007; Donadone, 2004, 2009).

De acordo com Barbosa e Tourinho (2009), o interesse pelo estudo dos comportamentos verbais vocais presentes na interação terapeuta-cliente, em um contexto de terapia analítico-comportamental verbal face a face, têm contribuído de forma relevante para o aperfeiçoamento de um modelo de intervenção clínica produtivo e consistente com os princípios da análise do comportamento.

Kratochwill e Stoiberm (2002) e Wampold, Goodheart e Levant (2007) apontam que medidas que possam ser usadas para quantificar, avaliar e mensurar o progresso terapêutico poderiam suplementar as lacunas entre pesquisa e aplicação, com foco na promoção de competências comportamentais, emocionais e sociais, capazes de apontar os componentes da intervenção responsáveis pela produção de mudanças, além do desenvolvimento de hipóteses de porque as intervenções funcionam ou não funcionam.

Desta forma, o aprimoramento das análises acerca do processo psicoterapêutico tem se tornado ainda mais significativo por permitir a identificação de variáveis de controle, tornar a análise funcional mais completa, possibilitar a criação de modelos de prestação de serviços, oportunizar aos terapeutas diretrizes de como se comportar de forma mais eficaz, além da possibilidade de formação e ensino de outros terapeutas (Meyer & Donadone, 2002; Meyer, 2006; Tourinho, et al., 2007).

Vale destacar que pesquisas recentes (Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Kanter et al., 2006; Busch et al., 2009; Silveira, Bolsolsoni-Silva, Meyer, 2010; Pinto, 2007 e Silveira, 1997) têm investigado o efeito da modelagem de respostas do cliente em sessão e os resultados advindos de tais investigações apontado para as vantagens de se categorizar cada verbalização (análise molecular) nesta exploração.

Seguindo estes dados e planejando alcançar maior controle experimental do ambiente terapêutico, Oshiro (2011) investigou os efeitos da introdução e retirada dos procedimentos da FAP sobre categorias de comportamentos de clientes que dificultavam o andamento da terapia (verborragia, a falta de correspondência com a fala da terapeuta, fala superficial e agressões verbais), a partir de um delineamento experimental de caso único nos moldes: A - B1 - C1 - B2 - C2. Sendo A, linha de base, B1 e B2 a introdução da FAP e C1 e C2 a retirada da FAP. Para categorização dos comportamentos apresentados em sessão foram utilizados dois instrumentos: 1) Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT), desenvolvido por Zamignani e Meyer em 2007, que contempla uma descrição minuciosa de comportamentos vocais e não vocais tanto do terapeuta quanto do cliente; 2) Escala de Classificação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS - *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* - *Callaghan & Follette, 2008*), desenvolvido para capturar e codificar os comportamentos emitidos pela díade durante o manejo da Psicoterapia Analítica Funcional. Os resultados indicaram que a porcentagem de ocorrência dos comportamentos que dificultavam a terapia, os CRBs1, diminuíram após a introdução da FAP e aumentaram após a sua retirada. O oposto ocorreu com os CRBs 2 e 3, ou seja, foram mais frequentes durante as fases nas quais a FAP foi utilizada em comparação às fases nas quais a FAP não foi utilizada. Quanto às categorias verbais do terapeuta, foi comum nos dois atendimentos avaliados maior porcentagem de verbalizações de Facilitação, Empatia e Solicitação de Relato durante as sessões analisadas, corroborando com a literatura sobre intervenções com clientes de difícil manejo. Os clientes, por sua vez, responderam a essa interação com maior porcentagem de Relato, Estabelecimento de Relações entre Eventos e Oposição. A importância desse estudo esteve na introdução da metodologia experimental de caso único, juntamente com a sistematização da categorização dos comportamentos dos

clientes e do terapeuta, atestando a possibilidade de se estudar o processo de interação terapeuta-cliente de forma ainda mais minuciosa.

DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO

Atualmente a pesquisa experimental constitui-se no delineamento mais prestigiado pelos meios científicos (Gil, 2009). Fundamentada em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle e observação dos efeitos por estas produzidos sob o alvo em questão; trata-se de um trabalho em que o pesquisador é agente ativo na investigação e manipulação de estímulos ambientais (variável independente - VI) sobre as mudanças no comportamento (variável dependente - VD).

Velasco, Garcia-Mijares e Tomanari (2010) destacam que a busca pelos determinantes funcionais do comportamento usando procedimentos operante-livres supõe, por sua vez, a singularidade do fenômeno estudado e, por isso, o uso do delineamento experimental de caso único faz-se adequado. Alterações nas regularidades do comportamento em termos de suas propriedades dinâmicas só podem ser observadas submetendo-se um sujeito de cada vez a diferentes condições experimentais. Retomando Ferster (1953) é possível esclarecer que procedimentos operante-livres são aqueles que permitem que o sujeito se comporte a qualquer momento durante uma sessão experimental, sem sofrer restrições do equipamento ou do experimentador. Sidman (1960/1976), por sua vez, argumenta que a possibilidade de modificação e adaptação do procedimento experimental, mesmo quando já em andamento, é uma das características mais importantes dos delineamentos de caso único, tornando-o distintivo de outros métodos.

A metodologia empregada neste tipo de delineamento considera o próprio participante, em diferentes momentos, como base de comparação para o seu comportamento.

Deste modo, são respeitadas as mudanças pelas quais o participante passar, no decorrer do tempo, levando em consideração sua história individual. Tal delineamento permite ainda que variáveis (VI) sejam acrescentadas e retiradas do contexto do participante repetidas vezes, permitindo uma maior confiabilidade a respeito da função das mesmas sobre a modificação do comportamento do participante (VD) (Hayes, 1998; Tomanari & Eckerman, 2003; Kazdin, 1982).

Além disso, o delineamento experimental de caso único pode facilmente ser adaptado à realidade da prática clínica, exatamente por possibilitar análises sobre o efeito da inserção e retirada de um procedimento terapêutico sobre determinado comportamento do cliente, assim como realizado por Oshiro (2011). Em outras palavras, são promovidas alterações sistematicamente programadas no contexto ambiental da terapia a que os participantes são expostos, de modo que os efeitos de variáveis isoladas sobre o comportamento possam ser estudados (Matos & Tomanari, 2002; Tomanari & Eckerman, 2003; Sidman, 1960/1976). O objetivo é sempre aumentar a força da demonstração experimental, isto é, criar oportunidades de comparação entre os efeitos da condição experimental e os da condição controle.

Basicamente a lógica do delineamento A-B-A-B (onde A = condição controle e B = condição experimental) consiste em realizar sucessivas comparações entre as duas condições em um mesmo experimento. Ou seja, com este delineamento busca-se demonstrar os efeitos de uma VI pela retirada de uma condição e pela reintrodução de outra das condições já apresentadas (reversão à condição anterior). Por isso, tais delineamentos são também chamados de delineamentos de reversão (Sampaio et al., 2008).

Nos delineamentos de reversão cada nova condição proporciona uma nova oportunidade para comparar o desempenho da VD e testar se tal desempenho é alterado com a introdução e retirada da VI. Os resultados deste tipo de delineamento podem sugerir que a VI foi de fato responsável pela modificação na VD se: o desempenho da VD se modificar

quando a condição experimental for introduzida (B), voltar para o nível anterior da condição controle (ou próximo a ele) quando a condição experimental for retirada (A) e mudar novamente quando a VI for reapresentada (B). O objetivo principal não é demonstrar o efeito inicial de uma condição experimental, mas verificar se ele se mantém em condições diferentes - o que é importante especialmente em pesquisas aplicadas (Kazdin, 1982). Diferentes partes ou componentes de uma condição experimental podem ser retirados gradualmente, permitindo avaliar a cada manipulação se há ou não manutenção das alterações mensuradas na variável dependente.

No que diz respeito a mensuração dos resultados atingidos, de acordo com Kratochwill e Levin (2013) para se qualificar uma fase quanto à demonstração de um efeito em um delineamento experimental, esta deve incluir no mínimo três pontos de dados, com preferência para cinco. Segundo os autores, em uma pesquisa de caso único não se pode examinar apenas o padrão de resposta em um único momento no tempo, mas sim a trajetória do responder. Assim sendo, a interpretação dos dados é afetada pela tendência ou inclinação dos pontos ao longo do tempo e, como tal, cada uma das fases é avaliada para determinar se demonstra um padrão convincente do responder. No geral, quanto maior for o número de pontos de dados em uma fase, mais confiança pode-se atribuir ao padrão de resposta observado.

Sampaio et al. (2008) também pontua que “a lógica do delineamento (...) consiste em realizar sucessivas comparações entre condições controle e condições experimentais em um mesmo experimento (sendo desejáveis no mínimo três condições)” (p. 155).

A estabilidade nas medidas da variável dependente (VD) em cada condição de um experimento com delineamento de caso único torna-se, então, critério necessário para se decidir pela continuidade ou mudança de condições em cada momento do procedimento. Espera-se que o próprio resultado das manipulações e medidas seja o “árbitro” das decisões

quanto ao delineamento, como, por exemplo, quando introduzir a condição experimental.

Delineamentos de caso único requerem, portanto, que o comportamento de um mesmo indivíduo seja medido contínua e repetidamente ao longo de cada condição até que se obtenha um estado-estável, ou seja, até que o comportamento de interesse demonstre variações mínimas de uma observação à outra (Sidman, 1976/1960). Em outras palavras, respeitando a estratégia dos estados estáveis, somente quando for observada uma frequência constante, com pouca variação, das variáveis dependentes em uma determinada fase, é que se deve concretizar a mudança para uma nova fase.

Faz-se relevante esclarecer que tendências podem ser verificadas ou por inspeção visual de dados dispostos graficamente, observando-se a inexistência de aumentos ou diminuições nos valores da variável dependente ao longo de um determinado número de sessões, ou ainda pela ausência de inclinação em uma reta traçada ao longo dos dados de tais sessões (Baron & Perone, 1998; Perone, 1991).

Por fim, um dos desafios metodológicos desse tipo de pesquisa está na necessidade de replicação dos dados em diferentes sujeitos e sob diferentes condições para fornecer representatividade e generalidade às conclusões do estudo, ou seja, atestar sua validade externa. Para tanto, duas formas de replicação entre sujeitos podem ser manejadas. De acordo com Sidman (1976/1960) a replicação direta, envolve a repetição de um experimento com novos sujeitos, mantendo-se estáveis os procedimentos e parâmetros do experimento original. Enquanto a replicação sistemática, refere-se à replicação de uma relação funcional sob circunstâncias que diferem daquelas em que a relação foi originalmente observada, podendo envolver tanto mudanças nas condições experimentais, nos equipamentos, nas variáveis dependentes e independentes, quanto no emprego de diferentes populações ou participantes.

Outra questão que a literatura de metodologia aponta como desafio, principalmente em pesquisas clínicas, relaciona-se ao pesquisador ter conhecimento dos objetivos da pesquisa

enquanto experimentador de seu estudo, de modo a poder enviesar intencionalmente ou não os resultados em favor de suas expectativas (Marczyk, DeMatteo & Festinger, 2005). Como solução para minimizar esse tipo de viés, as alternativas de manter-se cego aos objetivos do trabalho, não desempenhar variados papéis em sua condução ou ainda padronizar os procedimentos adotados, têm dificultado a execução das pesquisas no cenário da psicoterapia e rendido algumas críticas aos experimentadores clínicos. Estes, por sua vez, reconhecem que as experiências vivenciadas na interação com o cliente podem influenciar a observação do terapeuta quando também no papel de pesquisador, porém destacam que não necessariamente este é um ponto fraco do processo se considerarmos que neste cenário o terapeuta pode como pesquisador acessar um contexto ampliado dos comportamentos emitidos pelo cliente e, estar em vantagem de análise sobre um pesquisador e observador externo à terapia, por exemplo. Contudo, buscando minimizar esse tipo de viés do categorizador sobre o seu objeto de análise, em prol de garantir maior neutralidade científica nas pesquisas clínicas, novas possibilidades de arranjo frente aos papéis de experimentador e pesquisador têm sido discutida e vislumbradas para estudos futuros da área.

JUSTIFICATIVA

Considerando que as pesquisas de processo em psicoterapia permitem a realização de uma investigação mais sistemática acerca dos comportamentos presentes em todas as etapas do tratamento, estas tem se tornado uma alternativa para o estudo e compreensão das modificações comportamentais apresentadas pelos clientes, visto ocorrer uma relação direta entre os comportamentos emitidos em sessão e as respostas subsequentes manejadas pelo terapeuta.

Nesse sentido, estudos com delineamento experimental, categorização da interação terapeuta-cliente e manipulação de variáveis independentes, vêm se aprimorando na busca de evidências cada vez mais sólidas sobre os mecanismos de melhora clínica envolvidos na prática psicológica. No Brasil especificamente, o grupo de pesquisadores orientados pela professora Dr^a. Sonia Beatriz Meyer, no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, tem desenvolvido este tipo de pesquisa com base teórica analítico-comportamental e tendo como objetivo a identificação dos processos de mudança ocorridos entre terapeuta e cliente por meio da estratégia metodológica de observação direta de sessões de terapia gravadas em áudio ou vídeo (Zamignani & Meyer, 2007).

Todavia, para ampliar a consistência dos dados já obtidos e publicados, as pesquisas em psicologia clínica e, mais diretamente, aquelas relacionadas às intervenções terapêuticas propostas pela Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), necessitam de replicação para outros tipos de participantes e situação, como promovida no presente estudo.

O intuito deste trabalho, portanto, se sustenta na reflexão de que o terapeuta que consegue identificar os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) enquanto estão ocorrendo em sessão, tem a possibilidade de influenciá-los diretamente pela sua maneira de reagir a eles. E assim, transforma os problemas no relacionamento terapêutico em oportunidades de aprendizagem ao vivo para o cliente, lançando mão do procedimento de modelagem direta em sessão (fortemente defendido pelos autores da FAP).

Além disso, alguns desafios metodológicos têm sido encontrados pelos pesquisadores envolvidos neste cenário, justificando variações e requerendo novos procedimentos para comparações entre os estudos. Um deles está justamente no fato do terapeuta clínico normalmente ser o pesquisador do seu próprio estudo, apontando para o possível viés do experimentador no que diz respeito ao potencial que este teria enquanto pesquisador para inadvertidamente influenciar o comportamento dos participantes de sua pesquisa para

determinada direção (Oshiro, 2011). Assim sendo, a presente pesquisa foi conduzida metodologicamente com figuras diferentes nos papéis de terapeuta participante, quem realizou as sessões terapêuticas com um cliente a partir do conhecimento dos objetivos do estudo e fases do delineamento experimental a ser seguido; e de pesquisadora, que trata-se da autora desta dissertação e quem categorizou e analisou todos os dados produzidos.

OBJETIVOS

Tendo a relação terapêutica como veículo primário para a transformação do cliente e pautando-se nos princípios da Psicoterapia Analítica Funcional, o objetivo central deste trabalho foi estudar se o responder contingente do terapeuta frente a respostas de esquivas emocionais, presentes em um caso clínico com dificuldade no estabelecimento de relações de intimidade, pode contribuir ou não para o aumento da emissão de relatos sobre sentimentos em sessão por parte do cliente, assim como para sua maior exposição e revelação no relacionamento terapêutico.

Especificamente, buscou-se investigar se há diminuição na emissão de comportamentos problema (CRBs1), tais como: esquiva de falar de sentimentos e recusa em responder perguntas sobre temas mais emocionais; e aumento de relatos emocionais e de autorrevelações menos superficiais por parte do cliente, ou seja, dos comportamentos de melhora definidos como CRBs2 (variável dependente - VD), após o manejo de intervenções focadas na relação terapêutica e nas respostas de esquiva emocionais emitidas em sessão (variável independente – VI), a partir da Escala de Classificação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS - *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* - *Callaghan & Follette, 2008*) adaptada.

Objetivou-se, ainda, a replicação do delineamento experimental empregado por Oshiro (2011) em busca da validação dos dados por ela encontrados, assim como da interlocução de análises e discussão acerca das intervenções FAP sobre os comportamentos do cliente e, da utilização de sistemas de categorização, enquanto medida de mensuração de comportamento nas pesquisas de processo em psicologia clínica.

MÉTODO

Participantes

Terapeuta: Psicóloga doutora em psicologia clínica, atuante como terapeuta analítico-comportamental há mais de 10 anos e com experiência no manejo da FAP. Para início do procedimento, a participante assinou o termo de consentimento (Anexo 1) se comprometendo a seguir os procedimentos da pesquisa em questão, desde que estes não ferissem a naturalidade do processo terapêutico, seguissem o código de conduta profissional do psicólogo e que as gravações das sessões realizadas fossem analisadas apenas pela pesquisadora e pelo aferidor(a) de concordância, sendo respeitadas a ética em pesquisa e o sigilo das informações coletadas.

Cliente: Maísa (nome fictício), sexo feminino, 25 anos. Reiniciou a terapia com queixa de depressão e dificuldade de relacionamento com os pais e amigos. Com uma vida permeada de controle coercitivo, punição e com histórico de abuso sexual na infância, passou por vários tratamentos psiquiátricos e processos psicoterapêuticos anteriores, apresentando comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio e abuso de álcool e drogas. Nas sessões de psicoterapia atual tem apresentado grande dificuldade em expressar adequadamente seus

sentimentos. É relevante, ainda, destacar que no momento antecedente à participação neste estudo, a cliente não estava sob nenhum controle medicamentoso, sendo de conhecimento da terapeuta o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de personalidade borderline.

A presença dessas variáveis na queixa estava de acordo com os critérios pré-definidos para seleção do caso (dificuldade na exposição de sentimentos, problemas de relacionamento interpessoal e histórico de controle coercitivo). Optou-se por solicitar à terapeuta participante que selecionasse um cliente em atendimento, que estivesse aderindo ao acompanhamento psicológico e cujos comportamentos (ainda não modelados e trabalhados especificamente) fornecessem dicas sobre a presença das dificuldades em foco nesta pesquisa. A decisão de escolha por um caso já em processo terapêutico esteve ligada à garantia da presença das variáveis dependentes selecionadas para o trabalho e, também, em função do controle de variáveis intervenientes, tais como a adesão ao tratamento.

Maísa estava em atendimento há cerca de oito anos com a terapeuta participante e, apesar de algumas interrupções terem ocorrido ao longo desse tempo, comparecia regularmente aos atendimentos no momento do convite para a participação no estudo - apresentando também um bom relacionamento terapêutico para que o manejo da FAP pudesse ser introduzido às sessões.

A coleta dos dados teve início após a resposta positiva da cliente, quando consultada sobre o interesse de sua participação voluntária na pesquisa. A terapeuta participante esclareceu suas dúvidas e apresentou-lhe o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - Anexo 2). Este foi redigido com base nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e assinado por Maísa, avalizando o início do procedimento.

Questões Éticas

O presente trabalho foi conduzido de acordo com os cuidados éticos propostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Teve seu início somente após ter sido submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética na Plataforma Brasil, pelo site: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil>. Sua validação (Anexo 4) foi concedida sob o número do parecer: 198.669 no Instituto de Psicologia da USP (CEP-IPUSP).

Todo o estudo foi supervisionado pela professora, doutora e orientadora do departamento de pós-graduação em Psicologia Clínica na Universidade de São Paulo e a terapeuta participante foi responsável pelo andamento da pesquisa, aplicação dos procedimentos e avaliação do bem-estar da cliente durante todo o andamento da coleta de dados. Assim, caso esta última identificasse qualquer problema e/ou desconforto para com a cliente, teria total liberdade e autonomia para interromper a pesquisa, informando o ocorrido à pesquisadora. Nesta situação, a pesquisadora suspenderia as filmagens das sessões e os dados obtidos poderiam ser destruídos, se assim fosse a vontade da cliente.

No que diz respeito a divulgação dos resultados obtidos em futuras apresentações ou publicações, foi assegurado pela pesquisadora aos participantes (terapeuta e cliente) a preservação de suas identidades, de modo a manter em sigilo quaisquer informações que possam identificá-los.

Situação e Equipamentos

As sessões de terapia foram realizadas no consultório particular da terapeuta participante, com ocorrência de uma vez por semana e duração média de 50 minutos. A sala de atendimento era composta por um sofá de dois lugares, uma poltrona giratória, uma mesinha de apoio, uma mesa com computador, uma cadeira e um relógio de parede.

Para o registro dos dados em utilização no estudo, foram utilizados também uma filmadora de áudio e vídeo da marca SONY, três pendrives de 8GB e um notebook da marca VAIO com acesso ao pacote office.

Instrumento

➤ Escala de Classificação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS - *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* - Callaghan & Follette, 2008) adaptada.

A FAPRS foi originalmente desenvolvida por Callaghan e Follette em 2008 para capturar, por meio da categorização de sessões em áudio ou vídeo, os comportamentos essenciais de clientes e terapeutas ocorridos durante a interação terapêutica em um processo baseado na Psicoterapia Analítica Funcional. Apresentada como uma escala de categorias, o instrumento considera como unidade de análise a emissão de um episódio verbal por uma das partes, definindo-o como verbalizações pronunciadas por um falante e delimitadas pela fala anterior e subsequente do outro falante. Assim sendo, toda fala do terapeuta e do cliente será analisada de acordo com os conceitos e procedimentos propostos pela FAP, assim como de outros processos existentes na dinâmica terapêutica.

Para tal avaliação, os autores criaram códigos referentes aos comportamentos clinicamente relevantes emitidos pelo cliente em sessão, denominados de CRBs e, também para os relatos de comportamentos ocorridos fora da sessão terapêutica, denominados de Os em razão do termo inglês *outside*. Já os códigos relacionados aos comportamentos por parte do terapeuta fazem referência aos comportamentos considerados importantes para a condução da FAP, tais como focar na relação terapêutica e a forma de evocar e responder aos CRBs e aos Os.

Todos os códigos foram detalhadamente descritos em um manual, de modo que em sua versão mais atualizada encontram-se sete categorias de comportamentos para o cliente e quinze relacionadas aos comportamentos do terapeuta. Além disso, o manual oferece uma hierarquização entre os códigos no caso de dúvidas sobre qual categoria ser atribuída em falas que aparentemente possam se encaixar em mais de uma opção.

Contudo, ressalta-se que neste trabalho foi utilizada uma versão da FAPRS levemente modificada a partir de uma adaptação realizada por Jonathan Kanter. Esta nova versão não se encontra publicada, mas foi compartilhada por Kanter em 2012 com o grupo de pesquisa do laboratório de psicologia clínica da USP-SP, visando uma padronização de metodologia para futuras comparações dos resultados aqui produzidos (Brasil) com os encontrados nas pesquisas em desenvolvimento em seus laboratórios de Milwaukee e Seattle, as quais também têm utilizado essa variação. Em relação à versão de Callaghan e Follette (2008), nesta proposta por Kanter, as categorias tanto do cliente quanto do terapeuta foram subdivididas em duas classes relacionadas aos conceitos da FAP: categorias básicas que devem ser utilizadas por todos os pesquisadores e categorias específicas para estudar em detalhes o processo de interação lógica por parte do terapeuta na FAP.

Nas Tabelas 1 e 2 pode-se verificar a tradução e descrição dos códigos básicos utilizados no presente estudo, tanto para o cliente quanto para o terapeuta. Em última instância, destaca-se que os CRBs e Os do cliente em questão, bem como as formas de evocar e responder a cada um deles por parte do terapeuta participante foram definidos a partir da conceituação analítico-comportamental, realizada exclusivamente de acordo com o caso clínico e respeitando a idiossincrasia dos comportamentos clinicamente relevantes definidos pela FAP, e estes estão definidos adiante, na Etapa II - Definição dos Comportamentos Clinicamente Relevantes.

Tabela 1: Lista dos códigos utilizados e adaptados da FAPRS para categorização dos comportamentos da cliente.

LISTA DE CÓDIGOS REFERENTES AO CLIENTE		
Código Abreviado	Nome Completo do Código	Breve Descrição
CRB1	Comportamento Clinicamente Relevante 1 (problema em sessão)	Cliente se engaja em comportamento problema na sessão, no contexto da relação terapêutica.
CRB2	Comportamento Clinicamente Relevante 2 (melhora em sessão)	Cliente se engaja em comportamento de melhora na sessão, no contexto da relação terapêutica.
CRB3	Comportamento Clinicamente Relevante 3 (análise sobre os CRBs)	Cliente descreve relação funcional (pelo menos resposta-consequência) relacionado aos CRBs trabalhados em sessão.
O1	Comportamento externo 1	Cliente descreve problema específico que ocorre fora de sessão.
O2	Comportamento externo 2	Cliente descreve melhora específica que ocorre fora de sessão.
O3	Comportamento externo 3	Cliente descreve relação funcional (pelo menos resposta-consequência) relacionada a seu comportamento externo.
CTR	Cliente foca na relação terapêutica	Cliente foca na relação terapêutica. Comportamento não é categorizado como CRB.
CPR	Cliente trabalha no avanço positivo da sessão	Cliente discute ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas. Comportamento não categorizado com outros códigos.

Tabela 2: Lista dos códigos utilizados e adaptados da FAPRS para categorização dos comportamentos da terapeuta.

LISTA DE CÓDIGOS REFERENTES AO TERAPEUTA		
Código Abreviado	Nome Completo do Código	Breve Descrição
Regra 1	Terapeuta avalia CRBs	Terapeuta avalia CRB do cliente em sessão.
Regra 2	Terapeuta evoca CRBs	Terapeuta evoca, pede ou diretamente (verbalmente) solicita um CRB. Esse código não depende do comportamento do cliente que o segue.
TRB1	Terapeuta responde efetivamente ao CRB1	Resposta do terapeuta para comportamento do cliente em sessão, incluindo a descrição de sentimentos do terapeuta em resposta ao cliente.
TRB2	Terapeuta responde efetivamente ao CRB2	Terapeuta responde efetivamente a melhoras do cliente em sessão, incluindo a descrição de sentimentos do terapeuta em resposta ao cliente.
TO1	Terapeuta fala sobre comportamento externo 1 (O1)	Terapeuta descreve ou discute comportamento problema específico do cliente que ocorre fora da sessão.
TO2	Terapeuta fala sobre comportamento externo 2 (O2)	Terapeuta descreve ou discute comportamento de melhora específico do cliente que ocorre fora da sessão.
INF	Resposta ineficaz a CRBs	Terapeuta responde ao CRB de forma grosseiramente ineficaz tanto por reforçar CRB1 como por punir CRB2.
Regra 4	Terapeuta verifica o efeito de seu responder	Terapeuta refere-se especificamente ou pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente.
Regra 5 CRB3	Terapeuta discute CRB3	Terapeuta discute especificamente CRB3.
Regra 5 O3	Terapeuta discute O3	Terapeuta discute especificamente O3.
TTR	Terapeuta foca na relação terapêutica	Terapeuta foca na relação terapêutica. Não pode ser categorizado de outra forma.

PROCEDIMENTO

O presente trabalho seguiu o delineamento de pesquisa experimental de caso único de reversão, no formato de quatro etapas experimentais: A1 – B1 – A2 – B2, tendo finalizado seu curso na terceira fase, como indicado pela Figura 1.

Figura 1: Formato do delineamento experimental e fase final alcançada.

Foram realizadas no total doze sessões, sendo cinco da Fase A1, outras cinco da Fase B1 e mais duas referentes à Fase A2. Todas as sessões foram analisadas e seus dados mensurados a partir das categorias adaptadas da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), como indicado na seção de instrumentos.

A não realização da Fase B2 planejada no delineamento experimental ocorreu em função da cliente, ao entrar na Fase A2 e após completar duas sessões, ter faltado no agendamento seguinte e, ao contato telefônico feito por parte da terapeuta, comunicado que faria uma pausa no processo terapêutico por motivos pessoais e familiares. A terapeuta, por sua vez, tentou entender o que havia acontecido e a cliente falou brevemente sobre uma resistência e implicância familiar devido ao fato de ela ter retomado a terapia e, também, sobre uma dificuldade em conciliar os horários do novo trabalho e as atividades de sua rotina, como por exemplo a terapia. Mesmo flexibilizando a agenda e seus horários, a terapeuta não conseguiu convencê-la a aceitar seu convite para uma conversa pessoal, ainda que de fechamento das sessões já realizadas. Maísa sinalizou que quando precisasse retornaria e faria contato, não agendando nada em efetivo no momento do telefonema. Esta é a razão da Fase

A2 ser composta por apenas duas sessões: o abandono da terapia por parte da cliente em meio ao delineamento experimental. Tal situação será posteriormente analisada em paralelo à discussão dos resultados e características do caso.

Maiores detalhes sobre o procedimento realizado estão descritos nas etapas seguintes:

Etapas I - Delineamento Experimental

Na tentativa de investigar os efeitos das intervenções FAP sobre os comportamentos problema identificados na queixa da cliente, conforme previsto nos objetivos, a presente pesquisa adotou como procedimento o delineamento experimental de caso único de reversão (Sampaio et al., 2008).

Retomando a estrutura definida nesta pesquisa: A1 – B1 – A2 – B2, destaca-se que na Fase A1 foi feita a conceituação do caso e avaliação da responsividade à FAP pela cliente, constituindo-se de terapia sem intervenções sistematicamente planejadas. Na Fase B1, foi iniciado o uso da FAP e a VI (análises voltadas para as respostas de esquiva emocional em sessão) foi inserida pela terapeuta participante, verificando-se as possíveis modificações decorrentes no comportamento da cliente. Na Fase A2, a FAP e a VI foram retiradas para novamente se verificar as eventuais modificações no comportamento da cliente. Já a Fase B2 estava planejada para que a VI fosse reapresentada como ocorreu na Fase B1. Vale pontuar que o intuito da reversão do procedimento almejado com as mudanças de fase é verificar e garantir a função de cada intervenção sobre as possíveis modificações do comportamento apresentado pela cliente.

Considerando os critérios de estabilidade descritos na introdução do presente trabalho (Kratowill & Levin, 2013; Sampaio et al. 2008), foi definido que cada fase do delineamento experimental seria composta por no mínimo três sessões. Todavia, o número

final de sessões poderia se estender a depender da tendência visualizada nos comportamentos clinicamente relevantes apresentados pela cliente - tendo este sido o parâmetro para o encerramento das fases. Deste modo, uma nova fase apenas se iniciaria, se os CRBs da cliente na fase em questão não apresentassem grandes variações em sua frequência, podendo apresentar tendências comportamentais, ou seja, aumento e/ou diminuição constantes e recorrentes entre as sessões, mesmo que estas fossem inversas à esperada; pois neste caso estariam representando dados científicos rumo a outras hipóteses para futuros estudos.

Na sequência, serão descritos de forma mais detalhada os procedimentos manejados em cada uma das fases experimentais:

Fase A1 - Início da Pesquisa

Na Fase A1 as sessões foram realizadas sem que houvesse nenhuma intervenção programada, apenas seguindo o manejo natural da terapia analítico-comportamental. Nesse período foram reavaliadas a história de vida da cliente; os modelos aprendidos sobre expressão de sentimentos; antecedentes e consequentes mais frequentemente envolvidos quando ocorriam maior engajamento ou não nas relações interpessoais; a forma como costuma expor o que sente assim como seus pensamentos; entre outros pontos relacionados com dificuldades e facilidades (reforçadores e punidores) advindos desse repertório de maior ou menor revelação sobre si mesma. Em relação à classificação da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) adaptado, como nesta fase o foco da terapeuta estaria nos comportamentos emitidos pela cliente fora de sessão e não na interação terapêutica, esperou-se haver maior predominância e frequência das categorias: Comentários sobre Os1 (TOs1) e no que diz respeito às Regras da FAP, menor emissão de Regra 2 e Regra 3.

Fases B1/B2 - Introdução da FAP e de análises voltadas para emissão de respostas de esquiva emocional

Na Fase B1 a terapeuta participante fez uso sistemático da FAP, mantendo o foco das análises promovidas em sessão em torno dos aspectos afetivos e sentimentais contidos no relato da cliente, de modo a intervir diretamente nas esquivas emocionais emitidas e preferencialmente fazer paralelos com as situações vivenciadas na relação terapêutica. É importante expor que durante um processo terapêutico, sempre haverá outros procedimentos envolvidos, e em cada fase delimitada pela pesquisa os procedimentos correspondentes a elas deverão ser predominantes (maior duração e frequência). Quanto à classificação da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) adaptada, devem ser apresentados em maior frequência em comparação às Fase A's, as categorias: Tentativa de evocar CRBs1 e CRBs2 (Regra 2), Resposta efetiva ao CRBs1 (TRBs1) e Resposta efetiva ao CRBs2 (TRBs2).

A Fase B2 (que não foi realizada) replicaria, por sua vez, os mesmos passos delineados para a Fase B1.

Fase A2 - Retirada da FAP e sem manejo direto de respostas de esquiva emocional

Na Fase A2, a terapeuta suspendeu o uso mais sistemático da FAP, mantendo o foco das análises promovidas novamente voltado para assuntos extra consultório e sem focar preferencialmente nos aspectos emocionais envolvidos na situação relatada, assim como realizado na Fase A1.

Etapa II - Definição dos Comportamentos Clinicamente Relevantes

Identificação dos CRBs

Esta etapa foi dedicada à conceituação do caso, com foco na identificação dos CRBs 1, 2 e 3 apresentados especificamente pela cliente selecionada. No caso de Maísa os comportamentos problema clinicamente relevantes (CRBs1) relacionados à esquiva de entrar em contatos com sentimentos, puderam ser agrupados em duas classes de respostas. São elas:

A) Respostas incompletas/evitativas frente a questões que evocam sentimentos:

- Dar respostas breves e pouco elaboradas quando a terapeuta insiste em pontos afetivos e emocionais de seus relacionamentos interpessoais;
- Responder não correspondente à pergunta feita pela terapeuta - derivando ou minimizando o assunto proposto;
- Interromper a terapeuta em suas colocações e análises;
- Mudar de assunto, sem descrever o seu comportamento, impressões e sensações.

B) Respostas de agressão ou vitimização direcionadas ao interlocutor, afastando possibilidades de interação emocional:

- Vitimizar-se, ser agressiva ou irônica;
- Controlar o tempo da sessão e selecionar de forma impositiva os episódios/temas a serem discutidos;
- Reagir irônica ou agressivamente quando a terapeuta aponta mais diretamente o que ela (terapeuta) está sentindo.

Nesse sentido, os comportamentos de melhora (**CRBs2**) da cliente a serem avaliados no presente trabalho - relacionados à entrar em contato com seus sentimentos, descrever suas sensações, pensamentos e se revelar na relação terapêutica - foram equivalentes a:

- Responder de forma mais detalhada (descrevendo como se sente, o que esteve pensando e como se comportou) quando o foco da terapeuta se direcionar para pontos afetivos e emocionais de seus relacionamentos interpessoais;
- Favorecer o estabelecimento de conversa/diálogo a partir de respostas coerentes e relacionadas às perguntas feitas pela terapeuta sobre ela própria (cliente);
contraposto de derivar ou minimizar o assunto/tema emocional ou mais pessoal proposto.
- Permitir à terapeuta terminar suas colocações emocionais e análises, direcionadas aos comportamentos por ela (cliente) emitidos;
- Responder de forma tranquila (ao invés de forma agressiva ou irônica) às tentativas de interação emocional evocadas pela terapeuta.

Identificação dos Os

No que diz respeito aos comportamentos problema apresentados por Maísa fora da sessão terapêutica (**Os1**), temos:

- Modificar seus padrões comportamentais e atividades em função da pessoa com a qual está se relacionando afetivamente;
- Evitar expor-se emocionalmente frente às pessoas mais próximas com as quais convive;
- Ausentar-se de opinar e explicar suas impressões e sensações, frente a situações de conflitos interpessoais;
- Responder de maneira agressiva (ofensas, tom de voz alto e impositivo, ironias) diante de confrontamentos sociais sobre os seus comportamentos e afetos;

- Repassar a responsabilidade dos acontecimentos vivenciados em sua rotina para outras pessoas ou fatores externos a si própria.

Deste modo, os comportamentos de melhora a serem analisados em suas relações interpessoais (**Os2**) e considerados neste estudo, foram:

- Conseguir expressar (de forma não ofensiva ou irônica) suas reais emoções, vontades e escolhas em seus relacionamentos afetivos e pessoais;
- Apresentar respostas tranquilas e menos agressivas (agressivas = ofensas, tom de voz alto e impositivo, ironias) em suas relações e diálogo com as pessoas.
- Assumir seus comportamentos, sem repassá-los, justificá-los ou atribuir inadequadamente as ocorrências às atitudes de terceiros.

Seguem abaixo alguns trechos de sessões, no intuito de exemplificar os CRBs 1, 2 e 3 apresentados pela cliente ao longo do processo terapêutico.

CRBs1 (Tipo A e B)

Trecho 1

T: Mas aí eu fico pensando o que nós vamos fazer então, porque...

C: Você tem uma corda? Você tem uma corda? Eu conheço um monte de árvore alta. (CRB1 A)

T: Eu tenho um chicote em algum lugar aqui.

C: Não tem problema, se você me espantar até a morte ajuda também. (CRB1 B)

T: Não, brincadeiras a parte né.

C: Quem disse que é brincadeira? (CRB1 B)

T: Exatamente. Porque aí vem toda essa questão da vida perder o sentido...

C: É complicado. Viu desculpa cortar, mas T. eu juro pra você, ela tem um puta rompante às cinco da manhã. Agora eu saí, ela só tava com dor e queria descansar (...). (CRB1 A)

Trecho 2

T: E como é que você está se sentindo com tudo isso?

C: Ah tirando o fato que de sábado pra domingo ela me contou que não tem mais jeito, que ela tá morrendo mesmo, a qualquer momento ela pode ter um piripaque. Ela já sabia disso, a mãe dela já sabia disso e ela não me contou. Eu tô bem, tô ótima. (CRB1 B)

T: Calma, então pera aí. Volto a pergunta pra você, como você está se sentindo?

C: Eu tô ótima. (CRB1 B)

T: Porque agora você tá sendo irônica aí né, é difícil falar sobre isso?

C: Se ela não fala comigo, ela me contou porque ela tinha bebido. (CRB1 A)

T: Tá. Vamos por partes, primeiro tá nisso daí que você está bem chateada e triste.

C: Imagina, eu? Não fico chateada, não fico triste. (CRB1 B)

T: E que você tá ironizando aí pra não entrar em contato com isso agora, mas enfim vou te cutucar.

C: Depois você apanha e não sabe por que. (CRB1 B)

T: Pois é, tudo bem que essas almofadas são confortáveis.

C: Acho que eu vou trazer um daqueles cotonetes de briga. (CRB1 B)

Trecho 3

T: Tá então voltando de novo, oh vou completar a sua história, tudo bem?

C: Ah não. Eu quero fugir do assunto, deixa. (CRB1 A)

T: Não, deixa eu voltar só pra...

C: Palhacinha mesmo né. (CRB1 B)

T: Mas enfim, como é que você se sentiu agora quando eu falei isso pra você?

C: Não sei, não tive tempo de analisar e pensar. (CRB1 A)

T: Mas então vamos pensar agora.

C: Hummm... (CRB1 A)

Trecho 4

T: Mas aí eu tô pensando numa coisa, como é que você tá se sentindo com tudo isso?

C: Com tudo o que? Com essa loucura toda? (CRB1 B)

T: Porque ao mesmo tempo, as coisas boas vem...

C: Eu quero pular, quero pular da ponte. (CRB1 B)

T: Coisas boas acontecem, você arruma um emprego legal...

C: Uhum, sim. (CRB1 A)

T: Você começa retomar sua vida, senão a gente fica lá deprimida...

C: Mas você não concorda comigo? Que é mais fácil assim, eu ir lá, conversar com o cara do estacionamento, ver se eu posso pagar mês que vem e começar a ir com o carro? (CRB1 A)

Trecho 5

C: E antes de eu começar a namorar, quantos foras eu levei mesmo? Porque eu era gordinha.

(CRB1 B)

T: Nossa, mas você tá falando da adolescência.

C: E qual que é a fase que você tem que se sentir mais segura? (CRB1 B)

T: Não tudo bem, quando você se autoafirma.

C: É que eu nunca me autoafirmei. Ah tá bom só pra saber. (CRB1 B)

T: Mas, não. Depois você teve vários relacionamentos.

C: Com pessoas que não eram legais, porque era o que me restava né. Não só pra saber. (CRB1 B)

CRBs2

Trecho 1

C: Eu vejo que a relação é só eu que dou mancada.

T: Mas o que você tá sentindo agora? Você tá meio que segurando...

C: Ah vá, impotência. (CRB2)

T: Isso.

C: Eu mudo, mudo, mudo e chega na mesma briga. Impotência, poxa! Ela falou que ia lá tal, pra ver, pra saber tratar comigo, mas também não é saber tratar comigo, só. Eu não posso às vezes falar uma coisa diferente, que ela não vai aceitar que eu fale “Ai desculpa, errei a maneira de falar, não foi isso que eu quis dizer...”. Por que se você disse isso, foi isso e pronto. Agora a gente vai brigar. Você entendeu? (CRB2)

T: Sim, agora eu entendi.

Trecho 2

T: Mas agora como é pra você dizer isso pra mim?

C: Sério mesmo? Não sei, não sei, não sei.

T: Como é que você tá se sentindo agora?

C: Do mesmo jeito.

T: Tá, do mesmo jeito. E que jeito é esse?

C: Invalidada uai. Porque eu fui invalidada em tudo ali. (CRB2)

T: Uhum, uhum. E você acha que às vezes eu te invalido também?

C: Não, você me entende. (CRB2)

Trecho 3

T: Então mas aí eu fico pensando né, será que a gente corre o risco de acontecer aqui com a gente essa coisa da manipulação?

C: Não.

T: Da expressão de sentimento de uma maneira...

C: Não.

T: E por que não?

C: Porque cansa fazer esse jogo. (CRB2)

T: Te entendo perfeitamente.

C: Cansa fazer esse jogo. (CRB2)

T: Aham. É isso mesmo. Cansa e os resultados não seriam interessantes né?

C: Não, porque você acha que eu tô super, super feliz dela ter feito o que ela fez?(...). (CRB2)

T: Uhum sim, concordo.

C: Então como eu disse, paciência. Paciência, eu não estou aí. O meu sentimento é esse, eu entendo a causa nobre que ela simpatiza com os dois, eu não tô aí. Porque quando eu tô com problema, quando eu tô mal, eles me entopem de remédio e me colocam no sofá. (CRB2)

Trecho 4

T: Mas e aí o que você tá sentindo aí agora que você tá com essa carinha?

C: Nada não.

T: Tenta descrever pra mim o que você tá sentindo, você tá com carinha de choro.

C: Sei lá, será que... Não sei. Não sei mesmo.

T: Quer que eu te ajude a descrever isso?

C: Não, não quero.

T: É difícil falar sobre isso?

C: Uhum, é.

T: Bom mas de qualquer maneira eu vou insistir um pouquinho e vou te ajudar a descrever.

C: Você é chata mesmo.

T: Não porque é isso, você tá muito chateada.

C: Tô.

T: E você fica muito triste quando você entra nisso né, porque cai um pouquinho na sua fala, muitas e muitas sessões lá trás, uma fala que me marcou, que era essa coisa assim, que quando você tava sozinha, num período sem ninguém, você falou pra mim "Será que eu vou conseguir levar um relacionamento bem e me relacionar bem com alguém?". Tinha sempre essa dúvida.

C: Tinha.

T: E agora você tá falando, tá retomando um pouquinho, tudo bem, eu tô falando você teve várias namoradas e tal e você tá falando, mas não foi legal.

C: Não, não foi. Você sabe que não foi. Eu insisti pra não ficar sozinha. (CRB2)

T: Isso exatamente, e aí enfim, você deve tá se sentindo muito triste, chateada de estar falando isso agora.

T: Sim. Porque agora eu não consigo confiar nela, porque ela escondeu uma coisa séria de mim. Quanto tempo você acha que vai levar pra eu começar a me afastar, começar a ser distante de novo? Como eu sempre faço né (choro). (CRB2)

Trecho 5

T: Então mas você tá um pouco melhor, aquela angústia toda ou não, como é que você tá?

C: Eu não estou entrando em contato com a angústia. (CRB2)

T: É porque até essa sessão agora né...

C: Não, eu não estou conseguindo. (CRB2)

T: Ela tá meio solta no ar.

C: Uhum.

T: Você tá meio que enrolando aí.

C: Eu não tô te enrolando, eu vou viajar, eu não quero entrar em contato com a angústia essa semana, nem semana passada eu quis. (CRB2)

T: Não, mas agora eu te entendi perfeitamente.

C: Você entendeu e depois fica martelando.

T: Não mas então fala, fala isso pra mim né. Porque veja, você não tá querendo entrar, ok, respeito, você tem aí os seus motivos, mas eu não tô sabendo o que que é. Assim, se você tá querendo entrar ou não. Não sei o quanto você tá só floreando a sessão.

C: Não essas angústias eu não quero entrar, mas de fato, semana passada foi ok, foi ok sim. Eu não enfrentei nenhum bixo. (CRB2)

T: Não, mas eu gostei de você ter falado claro agora para mim.

CRBs3

Fala 1

C: Ela não tá mais conversando, ela se fechou, ela não tá nem fazendo o caderno. Ai essa semana, acho que foi segunda, eu fiquei puta com ela por causa de um negócio, aí eu fiquei quieta. Na hora que eu fiquei quieta ela começou a fazer brincadeira e quando eu tô puta eu não sou legal, você faz uma brincadeira e leva uma patada. E daí ela ficou chateada e brigamos.

Fala 2

C: Eu não queria entrar em contato, é ruim. Mas eu tô entrando em contato com isso porque, se aconteceu, eu quero sim que ele pague (episódio sobre um falecimento familiar).

Fala 3

Se você tá perdida que é a profissional, imagina eu. Porque assim eu tenho umas manias do meu pai que irritam ela, eu tento não fazer mais a mania do meu pai, mas eu tô convivendo muito com o meu pai, então a mania se aflora. Quando eu faço isso ela se irrita, porque ela disse que não gosta, e a partir do momento que aflorou eu tento retroceder, mas não é fácil porque já aflorou.

Fala 4

O objetivo da terapia é ter um jeito Maisa de ser né, mas que seja de convivência geral. Antes eu vivia alienada. Esse é meu problema.

Etapa III - Treino da Pesquisadora e do Aferidor de Concordância

Pesquisadora: Psicóloga autora do presente trabalho, formada pela PUC-Campinas há sete anos, com especialização clínica em análise do comportamento pela USP há quatro, tendo atuado durante todo esse período como terapeuta clínica analítico-comportamental. A pesquisadora assinou o termo de compromisso e responsabilidade (Anexo 3), se comprometendo a garantir o sigilo das informações obtidas tanto com a cliente quanto com a terapeuta participante.

Após a leitura do manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) adaptado e da identificação, formulação e descrição dos comportamentos-alvo a serem analisados no caso clínico selecionado, a pesquisadora se reuniu com sua orientadora e uma colega de pós-graduação com experiência e treinamento no manejo do instrumento para iniciar seu exercício de categorização. Neste encontro, a primeira sessão da Fase A1 foi discutida e categorizada conjuntamente, de modo que a pesquisadora pode ter maior clareza dos critérios

e hierarquias envolvidas na codificação dos comportamentos, tanto da cliente quanto da terapeuta.

Posteriormente ao treino, a pesquisadora seguiu categorizando fala a fala todas as sessões, tão logo estas fossem realizadas pela terapeuta e conforme será melhor descrito na análise dos dados.

Aferidor(a) de Concordância: Foi selecionada uma psicóloga, terapeuta analítico-comportamental, com mais de 10 anos de experiência clínica, mestre em Análise do Comportamento e com conhecimentos em pesquisa de processo, assim como da teoria e a prática da FAP. A escolha oficial desta figura foi definida após a finalização do procedimento experimental, de modo que as aferições foram feitas em todas as fases manejadas no caso clínico. O termo de compromisso e responsabilidade (Anexo 3) também foi assinado para garantir o sigilo das informações.

Para o seu treinamento, a aferidora recebeu a formulação do caso¹, as descrições dos CRBs e Os apresentados pela cliente e operacionalizados pela pesquisadora de acordo com os objetivos da pesquisa, assim como os trechos de verbalizações pré-categorizadas e apresentados na seção anterior. Por já ter trabalhado com a FAPRS não se fez necessário nenhum preparo prévio para familiarização e manejo do instrumento de categorização selecionado. Assim sendo, a aferidora recebeu a transcrição completa de uma sessão (escolhida aleatoriamente pela pesquisadora) e como treino realizou sua categorização individualmente.

¹ A formulação do caso não será disponibilizada na seção de Anexos, em função de um pedido da cliente participante com relação ao sigilo de seus dados. Foram divulgados neste trabalho, portanto, apenas as informações de caracterização do caso necessárias para compreensão dos comportamentos clinicamente relevantes por ela apresentados e que se relacionavam diretamente com os objetivos da presente pesquisa.

Na sequência, os códigos por ela atribuídos a cada verbalização foram discutidos com a pesquisadora para o alinhamento final de dúvidas na compreensão, identificação e classificação das categorias. Vale registrar que inicialmente a porcentagem de concordância atingida entre a codificação realizada pela pesquisadora e pela aferidora em questão (sem que nenhum alinhamento ocorresse) foi de 78%.

Finalizada esta etapa, a aferidora recebeu a transcrição de uma sessão de cada fase experimental do delineamento (escolhidas ao acaso por sorteio) e seus respectivos vídeos, para categorizar os conteúdos independentemente. As três sessões (uma da Fase A1, uma da Fase B1 e uma da Fase A2) foram enviadas fora de ordem, para dificultar a identificação sobre a qual fase pertenciam.

O produto das categorizações realizadas nesta aferição foi utilizado para o cálculo posterior de concordância entre observadores, apresentado na última etapa da presente seção. Por sua vez, registra-se que os testes de concordância são realizados para aumentar a validade interna de um estudo (Kazdin, 1982), pois creditam fidedignidade ao trabalho ao medir que os fenômenos descritos foram reconhecidos e identificados por mais de um observador.

Etapa IV - Processo de Categorização e Análise dos Dados

Os comportamentos da cliente e da terapeuta coletados, foram mensurados a partir das categorias adaptadas da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008). Para realização dessa análise todas as sessões foram assistidas, transcritas e categorizadas pela pesquisadora. Neste processo, todas as interações verbais ocorridas entre terapeuta e cliente foram avaliadas.

De forma mais detalhada, foram considerados como unidades de investigação todas as verbalizações emitidas pela díade e adotou-se como critério que a categoria de uma

participante seria delimitada única e exclusivamente pela resposta da outra participante, assim como feito em estudos anteriores da área de pesquisa de processo, tais como o de Oshiro (2011). Para a execução desta etapa, a pesquisadora estabeleceu alguns passos e os seguiu rigorosamente sessão a sessão, no intuito de garantir uma melhor compreensão dos fenômenos presentes em cada atendimento, assim como desenvolver um processo confiável de categorização dos mesmos. Para tanto, de posse da gravação de uma sessão, em primeiro lugar a pesquisadora assistia ao vídeo sem interrupções, buscando ter contato com todo o conteúdo apresentado (tempo gasto estimado de uma hora/sessão). Na sequência, retornava a assistir a mesma sessão, porém pausando o vídeo e transcrevendo fala a fala todo o diálogo estabelecido entre a terapeuta e a cliente em uma planilha do Excel (tempo gasto estimado de seis horas/sessão). Já com a transcrição finalizada, o vídeo era então desligado e a pesquisadora se dedicava à leitura atenta de todas as verbalizações registradas, codificando uma a uma de acordo com os critérios da escala FAPRS, em uma coluna criada especificamente para este propósito (tempo gasto estimado de quatro horas/sessão). No caso de dúvida sobre a topografia ou possível função de determinada resposta (independentemente a que participante pertencia), o vídeo era novamente acionado. Após todas as verbalizações terem sido avaliadas, calculava-se então a ocorrência de todas categorias presentes na sessão para ambas as participantes e, iniciava-se novamente o procedimento com a sessão subsequente.

Além disso, expõe-se que desde o início da coleta, os dados foram analisados imediatamente após a realização e gravação de cada sessão. Desta forma, antes do novo encontro agendado pela cliente, a pesquisadora se deslocava até o consultório da terapeuta participante, copiava a sessão anterior realizada em um HD externo e de posse do material, iniciava sua transcrição e posterior codificação das verbalizações. Deste modo, a pesquisadora pôde avaliar a condução do delineamento experimental praticamente em tempo

real, tendo acompanhado o passo-a-passo dos comportamentos emitidos pela terapeuta e pela cliente, assegurando-se, portanto, da estabilidade dos mesmos para mudança ou não de fase experimental. É válido apontar que nenhuma das avaliações feitas foi compartilhada com a terapeuta participante. Esta última apenas era comunicada quando se fazia necessária a mudança do manejo terapêutico para uma nova fase, porém tal decisão era tomada única e exclusivamente pela pesquisadora com base nos dados visualizados.

Ainda no que diz respeito ao processo de categorização, como é desconhecido o quanto imediato precisa ser a resposta do terapeuta para que a modelagem efetiva do comportamento do cliente ocorra, a literatura recomenda o uso do critério de até três falas entre a fala do cliente e a resposta contingente do terapeuta. Ou seja, dada a emissão de um CRB1, o terapeuta tem a oportunidade de responder até a sua terceira fala (Cliente-Terapeuta 1, Cliente-Terapeuta 2, Cliente-Terapeuta 3). Assim sendo, nesta pesquisa foi considerada para análise de categorização a distância de até três falas, de modo a verificar as relações existentes entre as verbalizações da cliente e da terapeuta participante, para confirmar se houve um responder adequado desta última às falas de Maísa, como previsto no procedimento de cada fase experimental. Em outras palavras, frente à ocorrência de um CRB não apenas foi avaliada a primeira resposta emitida pela terapeuta participante, mas sim as três respostas subsequentes ao episódio foram consideradas enquanto possíveis para categorização como respostas contingentes ou não.

Em termos de medida e mensuração dos resultados, a pesquisadora optou por utilizar a frequência relativa, obtida através de dados percentuais enquanto quociente entre a frequência absoluta de determinada variável (ocorrências de cada categoria em análise) e o número total de observações (verbalizações ocorridas por participante em cada sessão). Tal cálculo permitiu que os dados obtidos em todas as sessões fossem comparáveis, ainda que cada uma delas apresentasse números de falas diferentes entre terapeuta e cliente.

Etapa V - Concordância entre Observadores

A aferidora de concordância selecionada realizou a categorização dos comportamentos da cliente e terapeuta participantes a partir das transcrições das sessões sorteadas e de suas respectivas gravações em vídeo. Com os resultados advindos deste processo, foi possível realizar o teste de concordância entre observadores, utilizando o índice de concordância denominado *coeficiente Kappa*. Por descontar a concordância esperada ao acaso no cálculo e acomodar eventos envolvendo dois ou mais observadores, este tem sido recomendado e considerado o índice mais confiável (Suen & Ary, 1989; Zamignani & Meyer, 2007). Em outras palavras, a medida *Kappa* é baseada no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os juízes, sendo uma medida inter-observador capaz de medir o grau de concordância para além do que seria esperado tão somente ao acaso.

Abaixo encontra-se a equação utilizada para o cálculo do coeficiente:

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

De acordo com Zamignani (2007), o numerador da equação é a diferença entre a concordância observada (p_o) e a concordância esperada (p_e), e o denominador indica a diferença total possível entre a concordância entre observadores e a concordância esperada. Em termos de resultados tem-se que: índices *Kappa* que vão de 0,61 a 0,80 são considerados substanciais e índices *Kappa* de 0,81 a 1,00 são considerados excelentes.

Assim, após os cálculos estatísticos, o teste de concordância entre observadores desta pesquisa obteve os satisfatórios *coeficientes Kappa* de 0,76 - 0,86 e 0,80 respectivamente nas

sessões comparadas e referentes às três fases do delineamento experimental.

Além disso, as categorizações realizadas pela pesquisadora e aferidora nas três sessões selecionadas foram, também, comparadas em relação ao *índice de percentual de concordância*. Este, por sua vez, indica o percentual de vezes em que os juízes concordam sobre a ocorrência dos comportamentos de interesse ou não concordam, sendo calculado a partir da divisão entre o número de concordâncias pela soma do total de concordâncias e discordâncias, multiplicada por 100 (Zamignani, 2007). As porcentagens de concordância entre os juízes atingidas neste estudo foram: 80,1% - 87,6% e 81,5% em cada fase do delineamento experimental, indicando a média satisfatória de 82,6% de concordância no geral.

RESULTADOS

Os dados apresentados resultam da análise de 12 sessões de psicoterapia realizadas com a terapeuta e cliente participantes do presente estudo, ao longo das três fases experimentais alcançadas no delineamento de pesquisa. Conforme Tabela 5, foram mensuradas 4.094 (quatro mil e noventa e quatro) unidades de análises referentes às interações verbais ocorridas entre a díade terapeuta (T) e cliente (C).

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

Delineamento	Fase A1	Fase B1	Fase A2	TOTAL
Sessões	5	5	2	12
Falas	1.813	1.821	460	4.094

No que diz respeito à duração das fases experimentais, estava previsto que cada uma delas seria composta por pelo menos três sessões, podendo a partir da quarta sessão ser iniciada uma nova etapa do delineamento ou, então, ocorrer a ampliação da fase presente por mais algumas sessões - a depender da tendência verificada nos dados (critério de estabilidade apontado na seção de Procedimento e fundamentado na Introdução).

De acordo com estes parâmetros, tanto na Fase A1 como na Fase B1 o número de sessões estendeu-se para cinco após a pesquisadora ter averiguado algumas alterações na frequência dos comportamentos-alvo apresentados na quarta sessão das duas fases. Estes, por sua vez, se estabilizaram na sessão seguinte, de modo que a pesquisadora tomou a decisão pela mudança de fase nos dois momentos, não estendendo para a sexta sessão nenhuma das etapas. Tais alterações serão visualizadas e discutidas com maiores detalhes nos gráficos apresentados posteriormente.

Dando continuidade às sessões realizadas em cada etapa do delineamento experimental, a Fase A2 se iniciou na décima primeira sessão e seguiu seu curso por dois encontros. Todavia, foi antes de entrar em sua terceira sessão e atingir o critério mínimo de sessões pré-estabelecido para cada fase, que a terapeuta recebeu o comunicado de desistência da cliente (episódio relatado na pg. 48) interrompendo o processo terapêutico. Para a discussão do episódio, retomaremos a análise e diagnóstico do caso.

Na sequência, a apresentação completa dos resultados respeitará a seguinte ordem: Comportamentos problema e de melhora apresentados pela cliente a partir da Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional; Regras da FAP manejadas pela terapeuta de acordo com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional; Outros comportamentos e respostas da díade comparados nas diferentes fases, frente a esta mesma escala.

Figura 2: Porcentagem de CRBs1 (CRBs1 tipo A = respostas de esquiva frente a conteúdo emocional + CRBs1 tipo B = respostas de agressão e afastamento frente a interação emocional), CRBs2 e CRBs3 emitidos em cada fase do delineamento experimental.

A Figura 2 apresenta as alterações dos CRBs em função das fases experimentais (percentual de ocorrência destas categorias sobre o total de categorias mensuradas para a cliente em cada etapa), sendo as sessões de 01 a 05 representantes da Fase A1, as sessões de 06 a 10 integrantes da Fase B1 e as sessões 11 e 12 referentes à Fase A2. Pode-se observar que a porcentagem calculada de comportamentos problema (CRBs1) emitidos na Fase A1 foi elevada, representando em média 28,1% nas cinco sessões, enquanto a porcentagem de comportamentos de melhora (CRBs2) ficou na média dos 4,7% apenas. Tais números, todavia, se invertem a partir da introdução da FAP na Fase B1, de modo que a porcentagem média de CRBs1 passa a diminuir, caindo para 17,4% e a porcentagem média de CRBs2 aumenta significativamente para 24,6%. Já na Fase A2 nota-se uma inversão de tendência novamente ocorrendo nas linhas dos CRBs1 e 2, de modo a indicar o início do processo de reversão dos dados alcançado com o manejo direto da FAP. Nas duas últimas sessões os

CRBs1 voltam a subir, passando dos vinte por cento novamente (24,8%) e a emissão de CRBs2 retorna a uma porcentagem baixa (5,4%), como as visualizadas na Fase A1.

Com relação especificamente aos comportamentos problema (CRBs1), temos as seguintes porcentagens equivalentes à primeira e última sessão de cada fase: 31,6% - 23,7% (Fase A1) // 23,0% - 8,3% (Fase B1) // 23,8% - 25,8% (Fase A2). Logo de início, é preciso evidenciar que tais números apontam para o efeito natural de queda dos comportamentos problema ao longo das sessões (início em 31,6% e finalização em 25,8%), atribuído ao manejo direto da psicoterapia em si e analisado enquanto eficácia de seu próprio processo. Além disso, visualiza-se na Fase B1 o efeito positivo do manejo da FAP, derrubando as taxas de CRBs1 de 23,0% para 8,3% em apenas cinco sessões. Tal cenário, contudo, se reverte após a retirada da FAP na Fase A2, quando os comportamentos problema se elevam novamente para 23,8% (acompanhar a linha vermelha). Entretanto, é válido aqui discutir que o aumento de CRBs1 nesta última fase não retornou ao nível inicial presente na Fase A1, mas sim ao nível menor já apresentado em sua quinta e última sessão, ou seja, é possível acompanhar claramente na Fase A2 o efeito da reversão do manejo clínico relacionado à FAP, assim como demonstrar o efeito natural de diminuição de problemas/conflitos - produto da terapia enquanto processo geral de modificação de comportamento. Em outras palavras, na última fase do tratamento mesmo os CRBs1 tendo aumentado significativamente em relação a Fase B1 (devido a retirada da FAP), ainda assim suas porcentagens se mantiveram abaixo das obtidas na fase inicial do tratamento.

Quanto aos CRBs2 (comportamentos de melhora) as mudanças visualizadas na Figura 2 são ainda mais expressivas. A média inicial na Fase A1 esteve em 4,7%, alcançando 24,6% na Fase B1 e caindo novamente para 5,4% com a retirada da FAP na Fase A2. Segundo os autores da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) este efeito mais significativo nos comportamentos de melhora deve ser almejado e seria indicativo de um bom manejo

terapêutico, uma vez que o responder contingente do terapeuta frente aos comportamentos clinicamente relevantes deve sempre priorizar as classes de melhora (CRBs2) quando estas emergirem no contexto do aqui e agora da terapia. Em outras palavras, frente aos CRBs2 o terapeuta deve naturalmente prover reforçadores, no intuito de aumentar sua frequência na interação. Desta forma, o reforçamento diferencial das respostas do cliente poderá naturalmente produzir mudanças, transformando os CRBs1 em precursores de CRBs2 e fortalecendo esses últimos em seu repertório.

No que diz respeito aos CRBs3 (comportamentos de análise feitas em sessão pela cliente sobre seu próprio comportamento) pode-se dizer que este não foi um processo importante no presente trabalho após a verificação de uma pequena variação apenas em três sessões da Fase B1 (média de 0,7%), tendo regredido para 0% com a retirada da FAP na Fase A2, assim como ocorrido na Fase A1. A única pontuação a ser levantada frente a estas taxas é que elas indicam uma característica da cliente, que dificilmente se engajava em analisar de forma um pouco mais profunda seus próprios comportamentos e as consequências que os envolviam, ainda que estimulada pela terapeuta. Lembrando que tal padrão comportamental faz parte da queixa central do caso, relacionando-se à esquiva de entrar em contato com sentimentos advindos de suas ações e interações com o ambiente.

Faz-se ainda relevante explicar as variações percebidas nos dados e que levaram a pesquisadora a decidir pela realização da quinta sessão nas duas primeiras etapas. Pode-se notar na Figura 2 que houve uma queda de CRBs1 na quarta sessão da Fase A1 em relação à tendência que vinha sendo acompanhada nas três primeiras sessões. Avaliou-se que tal queda ocorreu em função da cliente ter se engajado na descrição de alguns episódios alheios a si própria (categorizados como CPR) para informação da terapeuta sobre situações que descreveria posteriormente. Já na Fase B1 após a terceira sessão, a terapeuta se ausentou em função de uma viagem profissional, de modo que a quarta sessão foi realizada com um

distanciamento maior e, pode-se observar uma leve baixa nos comportamentos de melhora (CRBs2) que vinham sendo apresentados. Contudo, em ambas as situações estes voltaram a subir na quinta sessão, mantendo a tendência anteriormente visualizada, e a mudança de fase se concretizou.

Figura 3: Porcentagem de CRBs1 Tipo A (esquiva) e Tipo B (agressão) emitidos isoladamente em cada fase do delineamento experimental.

Assim como no gráfico anterior, a Figura 3 aponta as alterações dos comportamentos problema em função das fases experimentais, porém detalhando os percentuais específicos de CRBs1 do tipo A e CRBs1 do tipo B frente ao total de falas emitidas pela cliente em cada momento. No geral, prevalece a tendência visualizada na soma da frequência de ambos como apresentada na Figura 2, ou seja, em média tanto os CRBs1 A como os CRBs1 B são maiores na Fase A1 (15,7% e 12,0% respectivamente), passam a diminuir após a introdução da FAP na Fase B1 (11,4% e 6,0%) e voltam novamente a subir na Fase A2 (20,5% média CRBs1 A, enquanto os CRBs1 B aumentam de 2,5% na quinta sessão da fase FAP para média de 4,3% nas duas últimas sessões do delineamento. Todavia, é interessante perceber que entre eles as

variações são diferenciadas sessão a sessão. Em outras palavras, nem sempre quando há uma diminuição ou aumento nos CRBs1 do tipo A (esquiva) acontece o mesmo com os CRBs1 do tipo B (agressão). Observando os níveis de reversão alcançados na Fase A2, nota-se que o CRBs1 do tipo A após a retirada da FAP não só retornaram à média apresentada na Fase A1, como a superaram em 5,1%, indicando maior sensibilidade ao manejo da FAP (evocação e modelagem em sessão) do que os CRBs1 do tipo B, que embora apresentaram um leve aumento frente a mudança no procedimento, ainda assim ficaram abaixo da média obtida na Fase A1. Somado a isso, as respostas de agressão começaram a apresentar níveis mais baixos já ao final da primeira fase, antes mesmo da introdução da FAP. Explana-se que as alterações observadas nos CRBs1 do tipo B estejam mais relacionadas ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

Para se somar à avaliação das respostas emitidas pela cliente e visualizadas nas Figuras 2 e 3, torna-se relevante a investigação do principal mecanismo de mudança clínica suposto pela FAP, ou seja, da maneira como a terapeuta participante respondeu *in vivo* e forneceu consequências diferenciais para o comportamento da cliente, de forma a minimizar os CRBs1 e alcançar os CRBs 2.

Nesse sentido, a Figura 4 apresenta as porcentagens das respostas da terapeuta que indicam a consequenciação contingente aos comportamentos clinicamente relevantes (apresentados pela cliente) ao longo das fases do delineamento experimental. É importante ressaltar que as respostas da terapeuta responsáveis pela modelagem em sessão são aquelas categorizadas como TRB1, quando em resposta efetiva a um CRB1 (independente do tipo A ou B) e TRB2, quando em resposta efetiva a um comportamento de melhora, CRB2.

Figura 4: Porcentagem das respostas efetivas da terapeuta participante aos CRBs apresentados pela cliente no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

As linhas representadas na Figura 4 indicam as porcentagens de respostas contingentes (TRBs 1 e 2 - Regra 3 da FAP) fornecidas pela terapeuta participante aos CRBs apresentados pela cliente em sessão, em relação ao total de respostas da terapeuta codificadas nos atendimentos. Nota-se claramente o aumento das repostas aos comportamentos de melhora (TRBs2) na Fase B1 em relação às Fases A1 e A2: média de 18,2% para TRB1 e 3,4% para TRB2 na Fase A1 / 14,3% para TRB1 e 5,4% para TRB2 na Fase A2. Já na Fase B1 temos a média de 13,3% de TRB1 e 18,0% de TRB2 ocorrendo ao longo das cinco sessões, o que corrobora com a introdução do manejo da FAP e com uma atuação da terapeuta participante mais atenta aos momentos *in vivo* da sessão, intervindo e atuando mais contingencialmente e, preferencialmente, aos comportamentos de melhora emitidos pela cliente. É válido destacar que as linhas de ambas as respostas, TRBs 1 e 2, acompanham a ocorrência dos comportamentos problema e de melhora (conforme pode ser visualizado no desenho da Figura 2), apontando para o manejo terapêutico preciso e assegurando que, embora, nas fases não-FAP a atuação da terapeuta estivesse focada em análises de

contingências externas à sessão de terapia, esta não deixaria de utilizar a FAP caso percebesse que seu manejo fosse essencial para o desenvolvimento do caso.

Outro ponto a evidenciar-se diz respeito a qual tipo de resposta da terapeuta (TRB1 ou TRB2) prevaleceu nas três fases do delineamento. Nota-se que nas Fases A1 e A2 as respostas de TRBs1 (média de 18,2% e 14,3% respectivamente) predominaram sobre as respostas de TRBs2 (média de 3,4% e 5,4% em cada etapa), enquanto na fase FAP ocorreu o contrário - TRBs2 com média de 18,0% e TRBs1 de 13,3%. Tal dado, por sua vez, também corrobora com os visualizados nas Figuras 2 e 3 quanto à verificação de que na fase de manejo experimental trabalha-se mais efetivamente rumo ao fortalecimento de CRBs2 e ao enfraquecimento de CRBs1.

Figura 5: Porcentagem das Regras da FAP manejadas pela terapeuta participante no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

Em continuidade ao gráfico anterior, é possível acompanhar na Figura 5 o manejo das outras Regras da FAP: 1 (avaliação de CRBs), 2 (evocação de CRBs), 4 (avaliação do efeito das respostas do terapeuta), 5C (resposta efetiva ao CRB3) e 5O (resposta efetiva ao O3).

Como ocorrido com o manejo da Regra 3 na Figura 4, frente às outras categorias de respostas da terapeuta todas as regras tiveram sua média de porcentagem aumentada na Fase

B1, com a introdução da FAP. Nota-se em específico que as Regras 4 e 5 nem mesmo se fizeram presentes na fase inicial e na Fase A2 retornam ao nível 0%. Já as Regras 1 e 2 estiveram na média de 5,5% e 2,9 % na Fase A1, elevando-se para 4,8% e 10,4% na Fase B1 e apresentando uma queda para 6,2% e 5,0% na fase final.

Além disso, os dados destacam o manejo consideravelmente mais acentuado da evocação (Regra 2) dos comportamentos clinicamente relevantes na Fase B1. Nesse sentido, torna-se interessante comparar a emissão da Regra 2 frente aos CRBs da cliente ao longo do delineamento, visto o manejo da FAP ter como objetivo central evocar comportamentos clinicamente relevantes em sessão, criando condições para o desenvolvimento de comportamentos de melhora, conforme mensurado nos gráficos anteriores.

Figura 6: Porcentagem de Regra 2, CRBs1 e CRBs2 ao longo das 12 sessões de psicoterapia.

A Figura 6 é composta por dois gráficos, sendo comum entre eles a porcentagem da Regra 2 emitida pela terapeuta participante, em relação às outras categorias de respostas presentes em todas as fases do procedimento experimental. No primeiro gráfico, esta emissão é comparada à porcentagem de CRBs1 (somatória dos tipos A e B) emitidos pela cliente e no segundo comparada à porcentagem de CRBs2. O que pode ser verificado a partir das imagens é que o manejo da Regra 2 está intimamente ligado às variações apresentadas nos

comportamentos de melhora (CRBs2) emitidos pela cliente, porém não se relacionando diretamente aos comportamentos problemáticos (CRBs1). A evocação de CRBs por parte da terapeuta incide sobre os CRBs2 e não sobre os CRBs1. Estes últimos ocorrem independentemente de serem evocados, como mostra a Figura 6 em que as taxas de CRBs1 são altas nas Fases A1 e A2 quando a evocação em ambas, respectivamente, é baixa. Por outro lado, visualiza-se que a ocorrência de CRBs2 depende do processo de evocação, aumentando à medida em que se amplia o manejo da Regra 2 na fase FAP. Nas Fases A1 e A2 evocou-se pouco (média de 2,9% e 5,0% de Regra 2). Já na Fase B1 evocou-se mais (média de 10,4% de Regra 2) e nota-se que o foco da evocação foi nos comportamentos de melhora (média de 24,6% de CRBs2), ocorrendo em contrapartida uma diminuição na emissão de CRBs1 (média de 17,4%). Em outras palavras, na fase FAP frente ao comportamento de evocação da terapeuta, a cliente passa a entrar em contato com seus sentimentos e se autorrevelar mais efetivamente em terapia, de modo que seus comportamentos de esquiva emocional começam a diminuir.

Figura 7: Porcentagem de Os1 e Os2 emitidos pela cliente; e respostas contingentes da terapeuta participante: TOs1 e TOs2, apresentadas no decorrer das 12 sessões de psicoterapia.

A Figura 7, por sua vez, aponta a comparação das porcentagens do relato da cliente sobre os comportamentos problema e de melhora ocorridos extra sessão de terapia (Os1 e

Os2 respectivamente) e as respostas contingentes emitidas pela terapeuta participante (TOs1 e TOs2). Percebe-se claramente que o diálogo entre terapeuta e cliente esteve bastante alinhado, independentemente da fase experimental vivenciada; isto devido à variação muito próxima entre a linha tracejada (que representa as falas da terapeuta) e a sólida, representativa das falas da cliente. No que diz respeito aos números, tem-se um leve aumento de Os2 (atingindo a média de 1,9%) no final da Fase B1, assim como uma diminuição de Os1 nesta mesma fase, apresentando queda de 13,0% da Fase A1 para 8,1% na fase FAP. Tais variações caminham de forma paralela ao ocorrido com os CRBs (conforme acompanhado na Figuras 2 e 3), porém são muito pequenas para qualquer conclusão e podem ser atribuídas ao fato das intervenções FAP favorecerem os acontecimentos no aqui e agora das sessões.

Figura 8: Porcentagem de CPR, CTR, TPR e TTR apresentados ao longo das 12 sessões de psicoterapia.

Para finalizar a apresentação dos resultados alcançados na presente pesquisa, a Figura 8 traz a porcentagem de outros temas presentes ao longo das doze sessões, os quais foram categorizados como CPR quando referentes à cliente e como TPR quando referentes à terapeuta participante, assim como de momentos variados de foco na relação terapêutica sem

ligação com os CRBs analisados (CTR para a cliente e TPR para a terapeuta). As linhas próximas indicam novamente uma boa sinergia na interação terapêutica em todas as fases do delineamento experimental. Este dado é relevante uma vez que indica que as intervenções por parte da terapeuta participante estiveram sob controle do momento presente em cada sessão, considerando as respostas e necessidade da cliente em cada contexto, invariavelmente do manejo experimental sob foco a ser conduzido. Pontua-se, ainda, que o eixo de porcentagem desta figura teve seu teto ampliado em comparação às imagens anteriores, em razão das categorias aqui representadas serem as únicas com taxas acima dos 50%.

DISCUSSÃO

Inicia-se a discussão dos resultados retomando a interrupção não prevista na penúltima fase do delineamento de pesquisa planejado, por parte da cliente. De posse do comunicado de pausa nas sessões, a pesquisadora analisou cuidadosamente as categorias resultantes da Fase A2 em comparação às fases anteriores para avaliar a necessidade de descartar a coleta realizada e começar ou não a triagem de um novo caso clínico para a pesquisa. A decisão por dar continuidade ao trabalho atual e explorar os dados advindos do processo terapêutico realizado, até a décima segunda sessão com a cliente inicialmente selecionada, foi tomada pautando-se em três pontos relacionados ao procedimento, resultados e literatura:

1. Procedimento - considerou-se o fato da desistência da cliente não ter ocorrido na fase FAP do delineamento e nem imediatamente à mudança para a fase não-FAP, pois neste cenário o abandono poderia estar relacionado (ou não) com alguma outra variável ligada às intervenções FAP e não teríamos dados suficientes para uma avaliação precisa, podendo comprometer ou enviesar qualquer análise e/ou inferência feitas. Contudo, ela interrompeu as

sessões em uma fase não-FAP e somente na terceira sessão. O conteúdo trabalhado antes da interrupção era qualitativamente leve se comparado às sessões FAP e as hipóteses levantadas pela terapeuta participante assim como pela pesquisadora sobre a desistência não relacionaram-se com a etapa do procedimento, mas sim com outras questões de funcionamento da cliente a serem discutidas.

2. Resultados - os dados mensurados e obtidos na Fase A2 (mesmo representando somente duas sessões) indicaram com clareza o processo de reversão acontecendo sobre os comportamentos clinicamente relevantes, visto que se inverteram quando comparados às taxas encontradas na fase anterior B1 (FAP) e aproximaram-se novamente das taxas representantes da primeira Fase A1 (também não-FAP), conforme previsto nos objetivos deste trabalho e já descritos em estudos anteriores envolvendo o manejo da Psicoterapia Analítica Funcional, como o de Oshiro (2011).

3. Literatura - avaliou-se ser importante discutir o processo de desistência da cliente com base no conhecimento teórico existente sobre casos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline, como o da participante em questão, apresentarem elevados índices de abandono prematuro em processos terapêuticos e serem considerados casos difíceis de se tratar (Beck, Freeman & Davis, 2005; Kehrer & Linehan, 1999; Krumer, 2005; Linehan, 2010; Meyer & Oshiro, 2011; Souza, 2003; Sadi, 2011; Souza & Vandenberghe, 2005;). Além disso, Sadi (2011) fez um levantamento pontuando serem raras as pesquisas que estudam variáveis de processo em casos de abandono em psicoterapia, tendo encontrado exceções apenas em Piper et al. (1999) e Yano, Almeida e Meyer (2009).

Fundamentando o diálogo entre a teoria e a prática clínica em psicologia proposto no item três, Oshiro (2011) salienta que clientes borderlines exigem maior gasto de energia e habilidades por parte do terapeuta do que a maioria dos demais clientes e, que em decorrência disso, pode haver um menor benefício terapêutico, maior dificuldade na adesão ao tratamento

e reduzidas taxas de mudança e satisfação, tanto para o terapeuta quanto para o cliente, em relação a outros casos. Estas afirmações também corroboram-se com trabalhos anteriores desenvolvidos para a mesma população por Beck e Freeman (1993) e por Linehan (2010).

Vale destacar algumas características centrais do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e recorrentemente descritas pela cliente participante, tais como: instabilidade de humor, relações interpessoais instáveis e intensas, impulsividade, sensação crônica de vazio, comportamentos de automutilação, esforços para evitar um abandono real ou imaginário (intolerância à solidão) e ameaças/tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2002). Geralmente, uma pessoa com TPB procura a terapia devido à depressão, transtornos de ansiedade ou dificuldades interpessoais. Em menor proporção, surgem o abuso de drogas ou álcool, a agressividade ou os transtornos alimentares (Krumer, 2005; Sadi 2011). Nesse sentido, a queixa inicial de Maísa encaixa-se em todos os pontos.

Considerando, portanto, que com clientes borderlines a relação terapêutica se torna um dos elementos mais importante do processo terapêutico (Kehrer & Linehan, 1999; Beck, Freeman & Davis, 2005; Linehan, 2010) e, sabendo do histórico de abandono da cliente participante em terapias anteriores assim como de outras interrupções temporárias já ocorridas com a terapeuta presente (foram três ao longo de oito anos), a hipótese levantada para o episódio após a sessão dois da Fase A2 esteve relacionada com um afastamento anunciado de algumas semanas pela terapeuta em função de questões de saúde pessoais. A cliente questionou na ocasião se poderia ligar para a terapeuta caso precisasse e esta se colocou a sua total disposição. Contudo, Maísa não a procurou e no retorno agendado para a retomada das sessões não compareceu, comunicando sua pausa por telefone em sequência. A terapeuta avaliou que Maísa pode ter esperado que ela a tivesse procurado neste período e que a pausa de algumas sessões pode ter sinalizado abandono e rejeição da terapeuta para com ela. Uma análise similar foi apontada por Sadi (2011) em um caso borderline de

desistência, também comunicado pela cliente por telefone, frente a não flexibilização da terapeuta em realizar um atendimento domiciliar. A hipótese discutida pela autora foi de que a resposta da terapeuta pode ter exercido a função de invalidação da condição que a cliente apresentava e contribuído junto a outros fatores para a interrupção do processo. É válido descrever que no caso de Sadi (2011) a cliente retomou a terapia após um período, sendo esta a mesma expectativa descrita pela terapeuta participante sobre Maísa - visto terem uma relação terapêutica estabelecida há muitos anos, a terapeuta descreve que nos episódios anteriores de interrupção, passado alguns meses a cliente costuma procurá-la para retomar os atendimentos.

Esclarecida esta questão, segue-se o debate com referência à literatura pertinente na área clínica em psicologia, tendo como principais pontos de articulação a abordagem analítico-comportamental e a psicoterapia analítica funcional. Para facilitar essa interlocução, os resultados da presente pesquisa serão discutidos e argumentados ponto a ponto de acordo com cada gráfico exibido anteriormente.

Já com a Figura 2, que apresentou a porcentagem de CRBs1, 2 e 3 emitidos pela cliente em cada fase do delineamento experimental, foi possível atingir os objetivos da presente pesquisa: replicou-se o procedimento e os principais resultados de Oshiro (2011) e, verificou-se que houve diminuição na emissão de comportamentos problema - CRBs1 e aumento na emissão de comportamentos de melhora - CRBs2, relacionados à relatos de sentimentos e autorrevelações.

Quanto à replicação, os dados visualizados na Figura 2 corroboram-se com os obtidos em outros dois estudos brasileiros realizados no laboratório de pesquisa de psicologia clínica da Universidade de São Paulo: Oshiro (2011) e Mangabeira (2013). Este último ainda em fase de finalização.

O procedimento bem sucedido conduzido por Oshiro (2011) e explanado na introdução deste trabalho (pg. 33), serviu como modelo para a execução das intervenções aqui realizadas. Retomando a autora em questão, sua pesquisa se propôs a estudar o impacto da introdução e retirada de intervenções FAP sobre comportamentos de clientes que dificultavam o andamento da terapia. Nos dois casos avaliados observou-se a diminuição na frequência de CRBs1 e o aumento na frequência de CRBs2 durante as fases de inserção da FAP, assim como ocorreu com os resultados da presente pesquisa, no que diz respeito aos comportamentos problema e de melhora emitidos pela cliente participante. Entretanto, em termos de comparação numérica encontra-se uma significativa diferença na média dos comportamentos-alvo apresentados por Oshiro (2011) quando comparados ao deste estudo. Na primeira fase, por exemplo, os índices de CRBs1 em um dos casos era de 86% e no outro de 48,54%, enquanto os de CRBs2 equivaliam a 22,86% e 48,46% respectivamente (valores bastante acima dos visualizados na Figura 2). Segundo a autora, esses índices ocorreram devido aos comportamentos clinicamente relevantes dos casos estudados estarem diretamente relacionados a categorias verbais: “porque, de certa maneira, elas são a forma como a pessoa conversa, ou seja, são categorias amplas que incluem a maior parte do que o cliente faz em sessão, justificando assim a alta taxa de comportamento clinicamente relevante” (Oshiro 2011).

Utilizando um arranjo experimental similar ao delineado por Oshiro (2011), Mangabeira (2013) vem conduzindo um novo estudo. Este tem como objetivo principal a investigação dos efeitos diferenciais no comportamento de clientes de (1) intervenções FAP sinalizadas (descrição de ocorrências de CRBs em sessão) e (2) intervenções FAP não sinalizadas (tentativas de evocar CRBs e consequenciá-los adequadamente, porém sem apontar seus impactos ou descrevê-los diretamente). Como objetivo secundário tem-se a comparação dos efeitos de intervenções baseadas na FAP e de intervenções baseadas em

análise de contingências externas à terapia sobre o comportamento do cliente em sessão, em nova tentativa de replicação sistemática do trabalho de Oshiro (2011). Os resultados parciais apontam para a ocorrência de uma leve diferenciação (pouco significativa a princípio) nas taxas dos comportamentos-alvo ocorridos nas fases de manejo FAP sinalizada e FAP não sinalizada. Porém, em ambas visualiza-se o processo de queda dos CRBs1 e aumento dos CRBs2 em relação às fases não-FAP, indicando até o momento para mais uma possível replicação do processo de reversão apresentado por Oshiro (2011) e agora validado na Figura 2 deste estudo.

No cenário internacional os dados apresentados na Figura 2 também dialogam com as publicações de Callaghan et al. (2003), Kanter et al. (2006), Busch et al. (2009 e 2010) e Landes, Kanter, Weeks, & Busch (2013).

A escala de categorização FAPRS foi utilizada por Callaghan et al. (2003) para codificar segmentos da interação terapeuta-cliente para o tratamento de transtornos de personalidade em clientes com características histriônicas e narcisistas. Apoiando a premissa da Psicoterapia Analítica Funcional de que problemas interpessoais gerais se apresentam no contexto terapêutico, os comportamentos clinicamente relevantes foram identificados e de maneira substancial, os resultados indicaram diminuição dos CRBs1 e aumento dos CRBs2 no decorrer do manejo da FAP.

Buscando também avaliar os efeitos da modelagem em sessão, o estudo de Kanter et al. (2006) apresentou dados de dois clientes em um delineamento intra-sujeitos no modelo A/A+B, onde A era a linha de base em terapia cognitiva de Beck e A+B consistia na terapia cognitiva + manejo de técnicas da FAP (ou seja, foco na relação terapêutica e modelagem em sessão). Os resultados foram mistos. O primeiro participante demonstrou um leve decréscimo nos seus comportamentos-alvo (e.g., habilidades de comunicação), mas desistiu do estudo antes que ele fosse completado. O segundo participante demonstrou melhora imediata nos

seus comportamentos-alvo (e.g., busca por atenção, vulnerabilidade) com a introdução da FAP, sugerindo sua superioridade. Vale apontar que uma limitação do trabalho foi a não categorização dos padrões de interação ocorridos em sessão (CRBs e as respostas de modelagem por parte do terapeuta).

Contudo, alguns anos depois tal lacuna foi averiguada por Busch et al. (2009) em um trabalho que categorizou todas as verbalizações do terapeuta e cliente referente às 20 sessões de psicoterapia realizadas no caso bem sucedido do estudo de Kanter et al. (2006). Os resultados apontaram que, após a mudança de fase para a FAP, houve uma diminuição gradual na emissão de CRBs1 assim como um aumento significativo de comportamentos de melhora (CRBs2). No ano seguinte, este mesmo autor publicou outro estudo bem sucedido de um indivíduo diagnosticado com Transtorno da Personalidade Borderline, no qual foram avaliadas 24 sessões FAP e observou-se novamente uma diminuição geral de CRBs1 (i.e., afirmação inefetiva de necessidades, feedback com impacto negativo e distanciamento interpessoal) e um aumento dos CRBs2 correspondentes, levando em consideração a proporção dos CRBs 1 e 2 em relação ao total de falas apresentadas pelo cliente em cada sessão (Busch, 2010).

Em um estudo mais recente, Landes et al. (2013) também validou os resultados descritos nos trabalhos anteriores, apresentando o efeito dos componentes ativos da FAP com quatro clientes em duas condições de tratamento. A primeira condição correspondente a sessões sem os componentes ativos da FAP (i.e., os terapeutas realizaram avaliações e forneciam informações) e a segunda correspondente a sessões com os componentes ativos da FAP (ex., evocação e reforçamento de CRBs). Três dos quatro clientes tiveram sucesso nos objetivos terapêuticos propostos, apresentando mudanças positivas em seus comportamentos de melhora após o manejo da FAP.

Fechando esta argumentação, em termos teóricos quando um comportamento clinicamente relevante ocorre em sessão, os autores da FAP descrevem que o papel do terapeuta deve ser o de modelar o comportamento do cliente usando contingências imediatas e naturais (Ferster, 1967), de modo a aumentar os CRBs2 (que devem ser seguidos de repostas reforçadoras do terapeuta) e diminuir os CRBs1 (seguidos de respostas de extinção, bloqueio de esquiva e eventuais punições). Assim sendo, os CRBs1 tenderiam a aparecer em alta frequência no início da terapia e deveriam diminuir ao longo do processo. Enquanto os CRBs2 seriam os comportamentos que deveriam aumentar de frequência e intensidade ao longo da terapia. Os dados apresentados na Figura 2, assim como os discutidos em todos os estudos citados, têm comprovado empiricamente esta questão.

No que diz respeito à Figura 3, na qual visualizou-se especificamente os comportamentos problema (CRBs1 do tipo A e B) emitidos pela cliente participante ao longo das sessões, é importante apresentar dois outros estudos referentes a comportamentos de esquiva emocional (equivalentes aos CRBs1 do tipo A apresentados por Maísa), os quais também demonstraram responsividade à FAP conforme avaliado no presente trabalho. Em Pezzato, Brandão e Oshiro (2012) a FAP foi utilizada como forma de manejar os comportamentos de esquiva e promover respostas de enfrentamento em uma cliente com Transtorno de Pânico com agorafobia. Os CRBs1 eram evitar falar de si e entrar em contato com os sentimentos, sendo seus correspondentes (CRBs2) falar de si e entrar em contato com os sentimentos. Ao manejo da FAP pôde-se observar uma diminuição na frequência dos comportamentos problema e respectivo aumento na frequência dos comportamentos de melhora, ou seja, a cliente passou a falar mais de si, de suas dificuldades e sentimentos. Já no estudo de Taccola (2007) o comportamento-alvo selecionado foi a autorrevelação de sentimentos, uma vez que o aumento da frequência deste comportamento permitiria o estabelecimento de uma relação de intimidade entre a cliente e a terapeuta e se relacionava à

queixa do caso. Foi realizado um delineamento quase experimental constituído de uma fase de linha de base em que foram realizadas análises de contingências e uma fase experimental em que foi aplicada a FAP. Como esperado, a frequência e duração dos relatos de sentimentos aumentaram após a introdução da FAP.

Outra discussão a ser feita considerando os dados da Figura 3 envolve o estudo de Oshiro (2011) frente ao sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica desenvolvido por Zamignani (2007). Este sistema apresenta, por sua vez, uma categoria chamada *Oposição* e que abrange em suas subcategorias respostas como: ironia dirigida ao terapeuta, ameaças, recusas e desvios de assunto após solicitação do terapeuta (entre outras de menor relevância para o caso de Maísa). Para meios de comparação com o presente estudo, tais subcategorias seriam equivalentes aos CRBs do tipo A e B como se fossem uma única classe. Vale destacar, nesse sentido, o estudo de Kameyama (2012) que ao investigar a interação terapêutica em sessões avaliadas pelo terapeuta como geradoras de sentimentos negativos, pontuou em um dos casos que os comportamentos da categoria *Oposição* apresentados pela cliente, impediam que temas e análises mais profundas acontecessem, constituindo-se diretamente como comportamentos de esquiva e trazendo superficialidade às sessões (conforme percebido no caso de Maísa). Retomando o delineamento de Oshiro (2011) e a comparação pretendida, teve-se que em um dos casos as alterações na categoria *Oposição* foi avaliada como produto da passagem do tempo e andamento natural da terapia. Enquanto no outro se mostrou sensível às alterações das fases experimentais e ao manejo da FAP. Com base nos dados da Figura 3 desta pesquisa, torna-se possível refletir que de certa forma tal variação entre os casos pode ter relação com a classe de respostas de esquiva de maior prevalência na categoria *Oposição* apresentada por cada cliente, podendo no caso um estarem, por exemplo, mais vinculadas a CRBs1 do tipo B e no caso dois a CRBs1 do tipo A.

Já com relação à Figura 4 e a porcentagem das respostas efetivas da terapeuta participante aos CRBs apresentados pela cliente, confirma-se em conjunto aos resultados apontados na Figuras 2 e 3, as evidências do mecanismo de mudança clínica envolvida na FAP, corroborando novamente os dados alcançados por Oshiro (2011) - nas fases não-FAP a modelagem ocorreu em baixa frequência (variando de 0 a 7,56% no primeiro caso e de 0 a 2,33% no segundo) e com a introdução da FAP os índices das respostas efetivas da terapeuta variaram de 30,09% a 38,18%, e de 28,91% a 35,12% nos respectivos casos. Conforme já pontuado, as diferenças de valores comparadas às taxas deste trabalho justificam-se em função da topografia diferente dos comportamentos problema selecionados no estudo.

Além disso, os trabalhos de Bush et al. (2009) e Callaghan et al. (2003) também investigaram os efeitos das respostas de modelagem do terapeuta durante a FAP. No primeiro, os autores apontaram que após a mudança de fase para a FAP as melhoras ocorridas em sessão ocorreram com maior frequência e, ao analisar o comportamento do terapeuta, evidenciaram a modelagem efetiva em sessão. Os resultados destacaram ainda as vantagens de se categorizar cada verbalização (análise molecular) para explorar este mecanismo clínico. O segundo estudo demonstrou que os categorizadores conseguiram identificar as respostas de modelagem *in vivo* do terapeuta, também constatando melhora nos comportamentos do cliente em sessão ao longo de todo o tratamento.

Mensurada na Figura 4 deste trabalho a Regra 3, ou especificamente o responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes do cliente em sessão, tem sido considerada o ‘coração’ da FAP e se destacado como uma das principais intervenções para promoção de mudança clínica. Em seu manejo, o terapeuta precisa tomar cuidado para não reforçar CRBs1 e apresentar habilidades para reforçar de forma natural (e não arbitrária) os CRBs2, assim como aconteceria nas interações sociais da vida do cliente. Villas-Bôas (2012) aponta que é preciso estar atento para as pequenas melhoras que os

clientes possam apresentar e não apenas esperar pelo comportamento final desejado. Muitas vezes as melhoras ocorrem aos poucos, e cabe ao terapeuta modelá-las, reforçando aproximações sucessivas ao comportamento esperado. Tal reforço, por sua vez, envolve repertórios importantes do terapeuta, como uma genuína vontade de ajudar o cliente e profunda empatia.

Na citação de Follete et al. (1996), a relação terapêutica se estabelece como uma forte instrumento para aplicação desta regra:

*“It is also noted that Rule 3 cannot occur successfully according to FAP without a strong therapeutic relationship, or more specifically in behavioral terms, without the therapist established as a meaningful, salient source of reinforcement for the client”.*²

De acordo com Weeks et al. (2012), a alteração das linhas do gráfico visualizadas na Fase B1 da Figura 4 e, em sequência, da Figura 5 - representando a porcentagem das regras da FAP manejadas pela terapeuta participante no decorrer das 12 sessões - indicam para ocorrência e comprovação empírica do processo de interação lógica da FAP. Neste, o terapeuta deve empregar todas as cinco regras em uma única sessão, para maximizar o impacto da FAP nos comportamentos-alvo. Doze passos foram descritos pela autora para sistematização desta interação entre terapeuta e cliente, estando intimamente ligados às cinco regras:

1. Paralelo de fora para dentro (Regra 1)
2. Confirmação do cliente de que o paralelo é preciso
3. Terapeuta evoca CRB (Regra 2)
4. Cliente emite CRB1
5. Terapeuta responde ao CRB1 (Regra 3, Regra 2)

² “Observa-se também que a Regra 3 não pode ocorrer com sucesso de acordo com a FAP sem uma forte relação terapêutica, ou mais especificamente em termos comportamentais, sem o terapeuta se estabelecer como uma fonte significativa e saliente de reforço para o cliente”.

6. Cliente emite CRB2
7. Terapeuta responde ao CRB2 (Regra 3)
8. Cliente emite mais CRB2
9. Terapeuta pergunta sobre a interação (Regra 4)
10. Cliente sinaliza que a interação foi reforçadora
11. Terapeuta apresenta a descrição da interação, o paralelo de dentro para fora e solicita que o cliente tente fora da sessão (Regra 5)
12. Cliente descreve vontade de tentar a interação fora da sessão

A sistematização proposta por Weeks et al. (2012) permite a visualização do passo-a-passo da interação FAP e, em conjunto com os dados desta pesquisa representados na Figura 5, nos possibilita afirmar que o comportamento da terapeuta de fato se modifica na fase FAP (B1), produzindo resultados diferentes do que nas fases não-FAP.

Nesse sentido, é possível discutir a partir da visualização das porcentagens de Regra 2 por parte da terapeuta, comparadas aos CRBs1 e CRBs2 apresentados pela cliente na Figura 6, o poder da evocação no manejo da FAP, uma vez que a terapeuta passou a evocar muito mais CRBs2 na fase de manipulação direta da VI. Em seu segundo livro, os autores da FAP discutem a importância do terapeuta priorizar os CRBs2 em suas intervenções (como já discutido anteriormente), porém ainda não haviam dados empíricos que indicassem como este mecanismo poderia ser favorecido. Os resultados do presente estudo, portanto, revelam que na prática clínica este processo pode ser acessado pelo terapeuta FAP a partir do manejo da Regra 2 (evocação de CRBs).

Se considerarmos, ainda, os dados apresentados na Figura 4 (porcentagem de TRBs1 e TRBs2, ou seja, das respostas efetivas da terapeuta participante aos CRBs apresentados pela cliente) em paralelo aos da Figura 6 (porcentagem de Regra 2 manejada pela terapeuta)

concluímos que tanto no manejo da Regra 3 (reforçamento) quanto no manejo da Regra 2 (evocação) a terapeuta trabalha prioritariamente com os comportamentos de melhora (CRBs2). Não há grandes diferenças na consequenciação dos comportamentos considerados problema (CRBs1) e pôde-se concluir que a Regra 2 evocou comportamentos de melhora e não a ocorrência de comportamentos problema.

Na Figura 7, por sua vez, observa-se a porcentagem de Os1 e Os2 emitidos pela cliente assim como as respostas contingentes da terapeuta participante, TOs1 e TOs2 e, faz-se importante frisar que, embora sem muita clareza sobre como medir este processo, é um pressuposto que todo terapeuta deve promover intervenções que levem o cliente a se comportar também fora do consultório de maneira a atingir seus objetivos pessoais. Três estratégias básicas de generalização têm sido descritas: realizar interpretações dos comportamentos do cliente; sugerir comparações (fazer paralelos) entre as interações que aconteceram entre o cliente e o terapeuta e entre o cliente e as pessoas significativas da sua vida; e recomendar tarefas de casa (Weeks et al., 2012).

Vale destacar que o estudo de Landes et al. (2013) adotou um procedimento específico para acompanhar os comportamentos-alvo ocorridos extra sessão e se tornou, até o atual momento, o primeiro trabalho a demonstrar com sucesso em vários casos que as técnicas da FAP de evocação, modelagem e generalização promovidas em sessão podem ter efeito imediato positivo na promoção de comportamentos de melhora para além do ambiente terapêutico.

Por fim, os altos índices visualizados nas categorias representadas na Figura 8 (porcentagem de CPR, CTR, TPR e TTR apresentados ao longo da 12 sessões) podem ser discutidos frente ao diagnóstico presente no caso participante, uma vez que geralmente clientes borderlines relatam muito, de maneira superficial e ininterrupta em sessão (Linehan, 2010; Oshiro, 2011). Estes relatos longos e cheios de detalhes, muitas vezes podem exercer a

função de esquiva por parte do cliente, que ao engajar-se em longas explicações, pode por exemplo controlar o assunto discutido em sessão, evitando assim, temas de caráter mais aversivos.

Ainda de acordo com Linehan (2010), o padrão de relato deste tipo de cliente consiste no falar excessivamente, além de serem pouco sensíveis à audiência, como descrito pela terapeuta participante no caso de Máisa. Sadi (2011) também constatou altos índices de relato em uma análise de caso borderline, cuja cliente apresentava padrão semelhante: relatos longos, detalhados e superficiais.

Somado a isso, Beck, Freeman e Davis (2005) apontaram que o paciente borderline tende a ficar “desligado” em alguns momentos. Este modo de funcionamento serviria para proteger o indivíduo borderline do apego (para evitar o provável abandono), podendo assumir diversas formas, tais como: evitar outras pessoas e atividades, usar drogas e álcool, queixar-se de desconfortos, entre outras. Assim sendo, para finalizar esta discussão, registra-se que em alguns momentos no caso da cliente participante foi possível acompanhar um estilo desligado, e um tanto distraído, nas divagações categorizadas no último gráfico.

CONCLUSÃO

Na tentativa de investigar os possíveis efeitos de intervenções clínicas pautadas na Psicoterapia Analítica Funcional e manejadas por parte do terapeuta frente a determinado comportamento problema emitido por um cliente em sessão, assim como de replicar os dados apresentados por Oshiro (2011) para a verificação, ampliação e fortalecimento das evidências clínicas encontradas em sua pesquisa; o presente trabalho adotou como procedimento o delineamento experimental de caso único, seguindo o formato: A1 – B1 – A2 – B2. Mais especificamente objetivou mensurar, ao longo de cada fase, de que maneira o responder

contingente do terapeuta às respostas de esquivas emocionais (em um caso clínico com queixa de dificuldade no estabelecimento de relações de intimidade) poderia impactar a emissão de relatos sobre sentimentos, assim como o processo de autorrevelação do cliente na interação terapêutica.

No que diz respeito aos tipos de pesquisas realizadas em psicoterapia, o interesse deste estudo esteve especificamente na pesquisa de processo de mudança clínica comportamental e, em especial, naquilo que o terapeuta faz para produzir tais mudanças.

De acordo com Gil (2009), a pesquisa experimental tem se configurado como o delineamento de maior prestígio científico, essencialmente, por delimitar um objeto de estudo, selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle para observação dos efeitos produzidos. Em outras palavras, em virtude de suas possibilidades de controle, este tipo de experimento tende a oferecer garantia muito maior do que qualquer outro delineamento, no sentido de validação sobre o impacto da variável independente diretamente na variável dependente. Trata-se, portanto, de um estudo em que o pesquisador participa diretamente da escolha e do acompanhamento das variáveis em mensuração, não se configurando enquanto um observador passivo do processo.

Somado a isso, é possível expandir a pesquisa experimental para além do laboratório, desenvolvendo-a em variados cenários - desde que as variáveis em questão sejam passíveis de manipulação sem prejuízo aos participantes (e no caso do presente trabalho, sem dificultar o processo terapêutico) e, possam ser introduzidas e retiradas nas diferentes fases do arranjo planejado. Nesse sentido, Oshiro (2011) validou que o tipo de delineamento utilizado em sua pesquisa, e reproduzido neste estudo, realmente se apresentou como uma boa ferramenta de pesquisa clínica, assim como a escolha da variável independente FAP foi de grande importância para o sucesso do procedimento, no que diz respeito à possibilidade de manejo sem impactar e/ou artificializar a terapia.

Retomando a presente pesquisa, foram realizadas doze sessões em um caso único de psicoterapia e avaliadas 4.094 (quatro mil e noventa e quatro) unidades de análises referentes às interações verbais da díade terapeuta-cliente. Os procedimentos adotados para obtenção dos resultados consistiram na transcrição e categorização dos atendimentos, tabulação dos dados de acordo com a escala FAPRS adaptada e cálculo de concordância entre observadores. Buscou-se mensurar, portanto, a aderência da terapeuta participante à FAP durante as sessões experimentais, assim como a frequência dos comportamentos clinicamente relevantes da cliente ao longo do delineamento.

Os resultados apontaram claramente que a manipulação direta da FAP (variável independente) por parte da terapeuta participante foi responsável pela diminuição na emissão de comportamentos problema (CRBs1) e pelo aumento na emissão de comportamentos de melhora (CRBs2) apresentados pela cliente; fortalecendo as evidências e corroborando com a literatura da área sobre a modelagem direta dos comportamentos-alvo, ao longo da interação terapêutica, ser o principal mecanismo de mudança envolvido no processo clínico da Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Follete et al., 1996; Kanter et al., 2006; Callaghan et al., 2003; Busch et al., 2009/2010; Landes et al., 2013 e Oshiro, 2011).

Também em acordo com o que defendem os autores da teoria, os dados indicaram que os comportamentos de melhora foram priorizados nas sessões FAP e revelaram, ainda, que os CRBs2 foram favorecidos pela terapeuta participante não somente através do mecanismo de consequenciação dos comportamentos-alvo (Regra 3), mas principalmente a partir do mecanismo da evocação, manejado terapêuticamente pela Regra 2.

De maneira geral, os resultados alcançados corroboraram a hipótese do estudo, fortaleceram as evidências clínicas promovidas pela Psicoterapia Analítica Funcional e

replicaram dados apresentados em outras pesquisas realizadas no Programa de Psicologia Clínica da USP, com o uso da FAP e delineamento experimental de caso único.

Outro ponto relevante deste trabalho esteve na escolha metodológica do experimentador não ser o pesquisador do seu próprio estudo, tendo sido, portanto, selecionado outra figura (que não a presente autora) para a condução dos atendimentos enquanto terapeuta participante. Garantiu-se, assim, a minimização dos possíveis vieses que a pesquisadora poderia ter, caso fosse paralelamente a terapeuta do caso, de modo a, por exemplo, inadvertidamente influenciar o comportamento da cliente para determinada direção favorável aos objetivos da pesquisa. Esta questão foi uma fragilidade abertamente discutida por Oshiro (2011) em sua pesquisa e, então, modificada nesta replicação.

Por fim, aponta-se que a escala FAPRS em sua adaptação utilizada neste estudo demonstrou-se sensível a medir, conforme previsto em seus objetivos, os comportamentos essenciais da cliente e terapeuta ao longo da interação ocorrida com base na Psicoterapia Analítica Funcional. Contudo, com relação à medida dos comportamentos-alvo ocorridos fora do contexto terapêutico, o instrumento não apresentou grande precisão.

Principalmente, no que tange às pesquisas de processo, novos estudos que identifiquem se houve generalização dos comportamentos problema e de melhora apresentados pelo cliente nos ambientes extra consultório se fazem necessários. Adianta-se, nesse sentido, que Villas-Bôas (2013) vem desenvolvendo em seu doutorado pelo Instituto de Psicologia da USP uma pesquisa buscando justamente estudar o processo de generalização, também existente e essencial na FAP. O objetivo de seu estudo tem sido investigar os efeitos diferenciais de análises realizadas em sessão, através da Regra 5 e CRB3 (variável independente) sobre os comportamentos de melhora ou piora do cliente em seus relacionamentos sociais extra consultório (variável dependente), em um arranjo experimental similar ao formato de Oshiro (2011), ou seja, um delineamento experimental de caso único.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV - 4th ed. text revision) Washington: APA.
- Barbosa, J. I. C., & Tourinho, E. Z. (2009). Verbalizações de terapeuta e cliente e estabelecimento na evolução de uma terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 386-460.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179-187.
- Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na intervenção terapeuta-cliente como recurso para a análise clínica. In: R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição*, (Vol. 5, pp. 24-29). Santo André: ESETec.
- Baron, A., & Perone, M. (1998). Experimental design analysis in the laboratory study of human operant behavior. In K. A. Lattal & M. Perone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 45-91). New York: Plenum.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (Orgs.) (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. (A. E. Fillman, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1990).
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (Orgs.) (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2a ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2004).
- Busch, A., Kanter, J., Callaghan, G., Baruch, D., Weeks, C., & Berlin, K. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.
- Busch, A., Callaghan, G., Kanter, J., Baruch, D., & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.

- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behavior: A single-Subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Callaghan, G. M., & Follete, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Coding Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 57-97.
- Comte-Spomville, A. (1997). *Bom dia, angústia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24, 75-86.
- Donadone, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de contingências de orientações e auto-orientações em intervenções clínicas comportamentais*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco J. A. (2005). A temporal model of patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 463-469.
- Ferster, C. B. (1953). The use of the free operant in the analysis of behavior. *Psychological Bulletin*, 50, 263-274.
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record*, 17, 341-347.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 4ed.

- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A research book*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1987). A Contextual approach to therapeutic change. In: N. S. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1998). Single case experimental design and empirical clinical practice. In: A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research* (2a. ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavioral Therapy*, 23, 436-445.
- Kafka, F. (1997). *Carta ao Pai*. (M. Carone, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Kameyama, M. (2012). *Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1975). *Os princípios da aprendizagem na terapia comportamental* (vol. III). São Paulo: E.P.U.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. (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*, 39, 463-467.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. Cambridge: Oxford University Press.
- Kehrer, C. A., & Linehan, M. M. (1999). Transtorno da Personalidade Borderline. In: Barlow, D. H. (Org). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 443-491). Porto Alegre: Artmed.
- Kohlenberg, R., & Cordova, J. V. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. In: S. C. Hayes, N. S., Jacobson, M. V., Follette, & M. Dougher, (Orgs.) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Nevada: Context Press.

- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In: *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In F. R., Abueg, V., Follette, & J. Ruzek, (Orgs). *Trauma in context: a cognitive behavioral approach*. (pp. 42-55). Nova York: Guilford.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESEtec. (Obra publicada originalmente em 1991).
- Kratochwill, T. R., & Stoiberm, K. C. (2002). Evidence-Based Interventions in school Psychology: Conceptual Foundations of the Procedural and Coding Manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. *School Psychology Quarterly*, 17(4), 341–389.
- Kratochwill, T. R., & Levin, J. R. (2013). *Single-case research design and analysis: New directions for psychology and education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Krumer, V. (2005). *Tratamiento para Pacientes con Trastorno Bordeline de La Personalidad: El Modelo Dialéctico Comportamental*. Universidad de Belgrano, Facultad de Humanidades. Carrera de Licenciatura en Psicología. Tutor: Héctor Fernández Alvarez. Departamento de Investigación.
- Landes, S. J., Kanter, J. W, Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49-57.
- Linehan, M. (1987). Dialectical Behavior Therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1993).
- Mangabeira, V. S. (2013). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional*. Exame de qualificação de doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Matos, M. A., & Tomanari, G. Y. (2002). *A análise do comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of research and methodology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Meyer, S. B. (1994). *Sentimentos e Emoções no Processo Clínico*. Trabalho apresentado no III Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas: SP. (não publicado).
- Meyer, S. B., & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. In: B. Range, (Org.). *Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101 - 110). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B., & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), p. 79-90.
- Meyer, S. B. (2006). Metodologia de Pesquisa da Psicoterapia em Clínicas-Escola. In: E. F. de M. Silveiras. (Org.). *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (Vol. 1, pp. 23-41). Campinas: Editora Alínea.
- Meyer, S. B., & Oshiro, C. K. B. (2011). Terapias psicológicas para as pessoas com transtorno de personalidade borderline. In: T. Melnik, & A. N. Atallah (Orgs.). *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo: Santos.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Perone, M. (1991). Experimental design in the analysis of free-operant behavior. In I. H. Iversen, & K. A. Lattal (Eds.), *Experimental analysis of behavior* (pp. 135-171). New York: Elsevier.

- Pezzato, F. A., Brandao, A. S. ; & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14, 74-84.
- Pinto, M. G. A. (2007). *Um estudo sobre relações entre o dizer e o fazer: algumas variáveis que operam no controle do planejamento de sessões terapêuticas*. Tese de mestrado em Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., & O'Kelley, J. G. (1999). Prediction of Dropping Out in Time-Limited, Interpretive Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 36, 114-122.
- Plummer, M. D., Kanter, J. K., Newring R. W., Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2009). Therapist Grief and Functional Analytic Psychotherapy: Strategic Self-Disclosure of Personal Loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 1-10.
- Rangé, B. (1995). Psicoterapia cognitiva. In: B. Rangé, (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas, SP: Editorial Psy.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavior Therapy. In: A. O. Horvath, & L. Greenberg, (Org.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 131-152). Nova York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rimm, D. C., Masters, J. C. (1974.). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press.
- Rosenfarb, I. S. (1992). Uma interpretação Analítica-Comportamental da Relação Terapêutica (L. A. Onesti, Trad.) *The Psychology Record*, 42, 341-354.
- Sadi, H. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R. e & Andery, M. A. P. A (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1), 151-164.

- Sidman, M. (1976). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books. (Trabalho publicado originalmente em 1960).
- Sidman, M. (1989). *Coerção e suas implicações*. (M. A. Andery, & M. T. Sérgio, , Trads.). Campinas: Editorial Psy.
- Silveira, J. M. (1997). *A queixa clínica como condição para análise da interação terapeuta-cliente*. Tese de mestrado em Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silveira, F. F., Bolsoni-Silva, A. T., & Meyer, S. B. (2010). Therapist's directive and nondirective behavior: analysis of their effects in a parent training group. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(2), 124- 133.
- Skinner, B. F. (1978). A auto-correção. In: B. F. Skinner. *O Comportamento Verbal* (pp. 443-458). São Paulo: Cultrix. (Trabalho publicado originalmente em 1957).
- Skinner, B. F. (1984). *Contingências do reforço: uma análise teórica*. (R. Moreno, Trad.) São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho publicado originalmente em 1969).
- Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na Análise do Comportamental* (6ª Ed.) São Paulo: Ed. Cultrix. (Trabalho publicado originalmente em 1989).
- Skinner, B. F. (2006). *Sobre o Behaviorismo* (10ª Ed). São Paulo: Editora Cultrix. (Trabalho publicado originalmente em 1974).
- Skinner, B. F. (2007). *Ciência e Comportamento Humano* (11ª Ed.) (J. C. Todorov, R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho publicado originalmente em 1953.)
- Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 121-137.
- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9(2), 381-390.
- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9, 1-11.

- 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 em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, 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.
- Tomanari, G. Y., & Eckerman, D. A. (2003). O Rato Sniffy vai à escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 159-164.
- Tourinho, E. Z., Neno, S., Batista, J. R., Garcia, M. G., Brandão, G. G., Souza, L. M., & Oliveira-Silva, M. (2007). Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 317-336.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.
- Velasco, S. M., Garcia-Mijares, M., & Tomanari, G. Y. (2010). Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Análise Experimental do Comportamento. *Psicologia em pesquisa (UFJF)*, 4, 150-155.
- Vermes, J. S., Kovac, R., & Zamignani, D. R. (2007). A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extra-consultório. In: D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.). *A Clínica de Portas Abertas: experiências do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*. Santo André: ESETec Editores Associados.

- Villas-Bôas, A. (2012). Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): lidando com o cliente em sessão. *Comporte-se - Psicologia Científica*. Recuperado de <http://www.comportese.com/2012/10/psicoterapia-analitica-funcional-fap.html>
- Villas-Bôas, A. (2013). *Efeitos diferenciais de análise das contingências intra e extrassessão em psicoterapia analítica funcional*. Exame de qualificação de doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Wampold, B. E., Goodheart, C. D., & Levant, R. F. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62(6), 616-618.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonov, J. T., Lands, 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.
- Yano, Y., Almeida, A. C., & Meyer, S. B. (2009). Um estudo sobre indicadores de abandono psicoterápico. *Anais do XVIII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (Vol. I)*. Campinas: ABPMC.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise dos comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal no contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 241-259.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT). *Revista Perspectivas*, 2, (1), 241-259.

ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, psicóloga clínica e portadora do CRP _____ me comprometo a seguir os procedimentos propostos nas fases experimentais da pesquisa: “*Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento de caso único*”, conduzida pela aluna de mestrado Milena C. G. Geremias e sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo, desde que esta não fira com o processo natural terapêutico e esteja de acordo com o código de ética profissional do psicólogo. As sessões gravadas também deverão ser analisadas apenas pela pesquisadora e pelo aferidor de concordância, sendo respeitados a ética em pesquisa e o sigilo das informações coletadas.

_____/_____/____

Data

Assinatura da Terapeuta

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cliente,

Somos professora e estudante de pós-graduação do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estamos estudando o processo de mudança do cliente na psicoterapia.

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 de mestrado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH-IPUSP), sob o número do processo: 198.669.

O CEPH-IPUSP é credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e fica localizado na Av. Professor Mello Moraes, nº. 1.721 - Bloco G - Sala 27 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. O horário de atendimento ao público é das 8h30 às 12h e das 13h30h às 16h.

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.

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

Nossa pesquisa consiste na condução de um atendimento psicoterápico, com sessões semanais de 50 minutos. As sessões psicoterápicas serão conduzidas de acordo com os preceitos da Psicoterapia Comportamental e, a partir de determinado momento, será introduzido o trabalho com a própria relação terapêutica (relacionamento existente entre terapeuta e cliente), assim como prevê a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). A FAP vem sendo desenvolvida e estudada ao longo dos anos e têm recebido grande reconhecimento na área nacional e internacional da Análise do Comportamento. No entanto, há aspectos da FAP ainda a serem investigados, para que se entenda mais claramente diante de quais queixas de clientes a FAP produz bons resultados e é sobre esses aspectos que estamos interessados na condução da presente pesquisa.

Desse modo, haverá um período inicial no qual a terapia será conduzida, sem haver um foco no trabalho da relação terapêutica; será então introduzida a FAP, visando à melhora dessa relação. Tais momentos de trabalho com ou sem foco na relação terapêutica serão alternados.

Ao longo da pesquisa, uma de suas tarefas, além de comparecer às sessões, será preencher um questionário em momentos diversos da terapia, como lhe será pedido por sua terapeuta.

As sessões serão filmadas e gravadas por uma câmera de vídeo e a interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:

Nenhum risco específico decorrente do procedimento está sendo previsto na presente pesquisa já que se trata de um processo terapêutico a fim de trazer melhoras em seus relacionamentos interpessoais. Portanto, os riscos existentes são semelhantes aos de processos psicoterapêuticos de forma geral. Qualquer procedimento experimental aqui empregado será utilizado apenas de forma preferencial, jamais sendo negado a você qualquer tipo de ajuda que venha a ser identificada, mesmo que esta seja contrária aos objetivos da pesquisa. Durante todo o procedimento terapeuta, pesquisadora e orientadora estarão atentas a possíveis necessidades suas a fim de dar-lhe a assistência necessária, mesmo que para isso seja necessária a interrupção da presente pesquisa.

É previsto que você seja beneficiado pelo procedimento proposto já que o objetivo da pesquisa é o de desenvolver melhoras em seus relacionamentos interpessoais, o que demonstraria o sucesso do procedimento testado. Não são esperadas pioras nos relacionamentos interpessoais e caso essas ocorram, o procedimento utilizado será revisto, podendo ser interrompido.

Métodos alternativos existentes:

Outras formas de psicoterapia podem levar aos mesmos benefícios (ou semelhantes) aos previstos pelo procedimento da presente pesquisa, de modo que, caso seja de sua escolha, você pode se recusar a participar do presente procedimento, procurando outras formas de psicoterapia.

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

Durante toda a pesquisa a terapeuta e a pesquisadora estarão atentas e discutirão com a orientadora as suas reações frente aos procedimentos psicoterápicos propostos. Caso seja observado qualquer prejuízo para você, o procedimento será imediatamente revisto, podendo ser suspenso. A terapeuta, a pesquisadora e a orientadora de mestrado estarão à disposição durante toda a pesquisa para esclarecimentos adicionais.

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

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

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

As informações prestadas por você durante os atendimentos, as gravações de sessões e os questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma *confidencial e os seus*

dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Somente a pesquisadora, a orientadora, a terapeuta e um aferidor de concordância do grupo de pesquisa terão acesso às filmagens, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da Resolução 196/96, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio dos e-mails: milena.geremias@usp.br ou sbmeyer@usp.br.

Cordialmente,

Milena Carvalho G. Geremias

Psicóloga e aluna de mestrado do
Departamento de Psicologia Clínica

Profa. Dra. Sonia B. Meyer

Professora Livre Docente 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 _____

ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Prezados(a) de concordância e pesquisadora,

O presente trabalho intitulado “Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento de caso único” é uma pesquisa de mestrado da psicóloga Milena C. G. Geremias e está sob a 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 e protegido da observação de terceiros;
3. Mantereí sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas relevantes.
4. Comprometer-me a devolver todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

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

_____/_____/_____
Data

Assinatura

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANEJO DE ESQUIV AS EMOCIONAIS NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL: DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO

Pesquisador: Milena Carvalho de Godoy Geremias

Área Temática: 3

CAAE: 07424212.2.0000.5561

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSICOLOGIA (USP)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 198.669

Data da Relatoria: 10/12/2012

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

Município: São Paulo / **UF:** SP

Telefone: (11) 3091-4182

CEP: 05.508-030

E-mail: ceph.ip@usp.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está descrita de modo claro e objetivo em relação à sua relevância, justificativa, bem como referencial teórico e método pertinente ao objetivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes as informações completas sobre a pesquisa, incluindo o projeto completo inserido como documentação complementar. O TCLE contempla as orientações da Resolução 196/96, folha de rosto com as assinaturas e identificações requeridas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Fevereiro de 2013

Assinado por:

FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA (Coordenador)