UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PATRÍCIA RIVOLI ROSSI

Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas

São Paulo

2012

PATRÍCIA RIVOLI ROSSI

Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas

Dissertação de Mestrado 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: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

Bolsista CAPES Mestrado (março de 2010 a março de 2012)

São Paulo

2012

*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

Rossi, Patrícia Rivoli.

Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas / Patrícia Rivoli Rossi; orientadora Patrícia Rivoli Rossi. -- São Paulo, 2012.

148 f.

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

1. Psicoterapia 2. Processos psicoterapêuticos 3. Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica I. Título.

RC480

Nome: Rossi, Patrícia Rivoli.

Título: Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas

Dissertação de mestrado corrigida e 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: Sonia Beatriz Meyer.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Sonia Beatriz Meyer - Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani - Universidade Anhembi Morumbi

Profª. Dra. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro - Universidade de Taubaté

À minha orientadora **Sonia Beatriz Meyer**, com imenso carinho, por me servir de exemplo e por desenvolver em mim habilidades profissionais e pessoais indispensáveis para minha vida. Agradeço toda compreensão, incentivo, afeto, cuidado e respeito em momentos tão importantes para mim, como esses últimos anos.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, **Sílvia Regina Rivoli**, que não poupou esforços para realização deste trabalho. Por ter me educado com valores éticos, por respeitar minhas decisões e por, mesmo quando estava doente, sempre demonstrar preocupação com meus estudos.

Ao meu pai, **Carlos Roberto Rossi**, por sempre ressaltar minhas qualidades, por me demonstrar seu afeto, por me dar “broncas” para não esperar que as conquistas caiam do céu e por me ajudar a correr atrás delas.

À minha doce, amada e madrinha **Tia Cidoca**, que sempre me defendeu, respeitou, apoiou e me amou. São anos de dedicação amorosa e cuidadosa.

À minha amada, irmã e parceira, **Natália Rivoli Rossi**, por todo amor demonstrado em anos de apoio aos meus estudos. Pela companhia em São Paulo, pelo incentivo quando achei que não fosse dar conta e pela preocupação solidária.

À minha tia, **Ana Naldi Rivoli Kiyohara**, meu tio, **Edson Kiyohara** e minha prima, **Camila Rivoli Kiyohara** por me receberem em sua casa nesses anos de mestrado e por cuidarem para que a minha estadia fosse a mais agradável possível.

À minha inesquecível orientadora **Sonia Beatriz Meyer**, por todo suporte e dedicação na execução deste trabalho. Por todas as vezes que se disponibilizou para me orientar e tirar minhas dúvidas. Por todas as vezes que me abriu e recebi amparo. Por todo respeito e aceitação das minhas dificuldades e por, mesmo assim, me encorajar a superá-las. E por todo cuidado maternal.

Aos amigos do Grupo de Supervisão, **Marcia Kameyama, Victor Mangabeira, Claudia Oshiro, Giovana Del Prette, Ana Carolina Trousdell, Tauane Gehm, Daniela Tsubota Roque e Alessandra Villas-Bôas**. Por esses três anos de supervisão em grupo. Pelas risadas, pelas aprendizagens, pelos trabalhos em equipe, pelo carinho que cultivamos uns pelos outros, pelas empatias, pelos incentivos, apoio e torcidas. E pela união de todos com uma finalidade em comum: a construção do conhecimento e a ajuda terapêutica. Eu me orgulho de ter feito parte desse grupo coordenado pela **Sonia** e por considerar carinhosamente cada um de vocês. Em especial, **Marcia Kameyama**, que ingressou no mestrado comigo e se mostrou uma excelente parceira. Estivemos juntas na busca por participantes de pesquisa, nos estudos das disciplinas do curso, nas preparações para apresentações em aulas e congressos, nas supervisões e nas dificuldades que permearam nossa jornada.

Às secretárias do Departamento de Psicologia Clínica da USP, **Claudia, Cícera e Rita** que sempre me atenderam com sorriso no rosto e solucionaram minhas dúvidas.

À **Fernanda Bitondi** e ao **Lucirley Araújo** por se disponibilizarem a me ajudar em uma etapa importante deste trabalho.

À **Giovana Rocha** e **Herika Sadi** pela afinidade e pela companhia agradável em disciplinas e congressos. Ao **Roosevelt Starling** e demais colegas da disciplina ‘Questões Metodológicas na Análise Comportamental de Sessões de Psicoterapia’, pela discussão da minha pesquisa e pelas contribuições que tal discussão proporcionou.

À dupla **Maria Júlia Ribeiro** e **Elvira Araújo** que me apresentaram a Análise do Comportamento, me incentivaram nos estudos, na prática profissional ética, me “carregaram” para os congressos da ABPMC e até hoje me auxiliam com sugestões profissionais e acadêmicas. Tudo isso sempre realizado de forma tranquila, divertida e inesquecível. O amparo amigável de vocês duas é especialmente importante pra mim.

À **Maria Júlia Ribeiro** e ao **Denis Zamignani** pelas contribuições feitas na minha qualificação, que me ajudaram a repensar essa pesquisa.

À **Maria Helena Monteiro**, por estar ao meu lado, por me aceitar, por ser um porto seguro, por despertar minha força nos momentos difíceis e me encorajar.

Aos **Terapeutas** e **Clientes** que gentilmente aceitaram participar deste estudo. E a todos os **Clientes** que já atendi e que me proporcionaram momentos inesquecíveis e novos ensinamentos sobre a tarefa que me proponho a fazer: ajudar pessoas.

Aos amigos **Daniel Belconfine, Gisela Almeida, Andréia Martins, Milene Kobayashi, Daniela Rossi, Camila Kiyohara, Leise Ashiuchi**, entre tantos outros, que compreenderam a minha pouca disponibilidade nesses últimos anos.

Ao casal, **Kathia Saad** e **Alexandre Janousek** pela disponibilidade de prontamente me ajudar quando precisei. À **Renata Lopes**, pela rapidez, eficiência e capricho de sua ajuda que me foi extremamente necessária. À **Lidiane Squarcini** por toda compreensão, incentivo e tolerância nos momentos em que fiquei mais sobrecarregada. Assim como a **Bianca Pacheco**.

À **Capes**, pela bolsa de pesquisa concedida para a realização desse trabalho.

À todos aqueles que direta ou indiretamente me auxiliaram na execução desse trabalho.

Com gratidão, Patrícia.

RESUMO

Rossi, P. R. (2012). *Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. .

O ‘Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica’ (SiMCCIT) desenvolvido por Zamignani e Meyer em 2007 pretende descrever o que ocorre em sessões de psicoterapias por meio de categorias de comportamentos de terapeutas e clientes. A pergunta que o presente estudo pretendeu responder é se o eixo correspondente ao comportamento verbal vocal desse sistema é capaz de identificar diferenças entre terapias bem e mal sucedidas quando aplicado às quartas sessões. A avaliação das terapias foi feita com um critério misto definido por: a) os resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI), b) presença de comportamentos de melhoras e de análise e c) relato de outras mudanças de comportamentos do cliente. De um total de 25 terapias com as quatro primeiras sessões gravadas em áudio, seis foram consideradas bem sucedidas, seis mal sucedidas e 13 foram consideradas terapias com resultados intermediários. Foi realizada a categorização da quarta sessão das terapias bem sucedidas e das terapias mal sucedidas. Os dados sugerem a existência de algumas diferenças entre as sessões das terapias bem e mal sucedidas, embora não significativas estatisticamente. Nas sessões das terapias bem sucedidas observou-se que: a categoria ‘Solicitação de Relato’ tendeu a ser um pouco mais frequente em todos os casos; a categoria ‘Solicitação’ apresentou uma porcentagem discretamente maior e ocorreu uma correlação positiva entre facilitação e empatia. Nas sessões das terapias mal sucedidas constatou-se que: a categoria relato ou foi menos frequente ou mais frequente que nas sessões das Terapias Bem Sucedidas; quanto mais os clientes relatavam mais os terapeutas facilitavam seus relatos e que quanto mais os terapeutas solicitavam reflexões, mais metas os clientes se propunham a realizar. Como as diferenças da categorização não foram estatisticamente significativas em casos julgados diferentes concluiu-se que o eixo de comportamento verbal vocal do SiMCCIT diferenciou pouco as terapias bem e mal sucedidas. Algumas variáveis dificultaram a observação da capacidade do sistema de diferenciar as sessões das terapias bem e mal sucedidas: o número reduzido da amostra e o uso de apenas um dos eixos do sistema. Discutiu-se assim a necessidade de ampliar a amostra e utilizar outros eixos do sistema, como o de temas.

PALAVRAS-CHAVES: Pesquisa de Processo, Categorização de Comportamentos em Sessão, Interação Terapeuta-Cliente.

ABSTRACT

Rossi, P. R. (2012). *Categorization of the fourth session of successful and unsuccessful psychotherapies*. Master Thesis. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.

The ‘*Multidimensional System for coding Behaviors in Therapist-Client Interaction*’ (SiMCCIT), developed by Zamignani and Meyer, intend to describe what happens in psychotherapy sessions using behavioral categories of therapists and clients. The question that this study intended to answer was if this system is able to identify differences between successful and unsuccessful therapies. The assessment of therapy success was made with a mixed criterion defined by: (a) the results of the Working Alliance Inventory (WAI); (b) presence of improved behavior and analysis and (c) report of other changes in client behavior. In the total of 25 therapies with the first four sessions audio recorded, six were considered successful, six unsuccessful and 13 intermediate. The fourth sessions of successful and unsuccessful therapies were categorized. The data suggest some differences between the successful and unsuccessful therapy sessions, although not statistically significant. In the successful therapy sessions it was noted that: the category ‘Request Report’ tended to be slightly more frequent in all sessions, the category “Request” showed a slightly higher percentage, and there was a positive correlation between ‘Facilitation’ and ‘Empathy’. In the sessions of unsuccessful therapies it was found that: clients reported more or less than in successful therapies, the more clients reported more therapists facilitated their reports and that the more therapist asked reflections, the more goals clients proposed to undertake. Because the differences in categorization were not statistically significant in cases considered different it was concluded that the axis of vocal verbal behavior of SiMCCIT did not differentiate the successful from unsuccessful therapies. Some variables hampered the ability of the system to differentiate between sessions of successful and unsuccessful therapies: the reduced number of the sample and the use of only one of the axes of the system. It was discussed the need to expand the sample and use other axes of the system, such as themes.

KEY-WORDS: Process Research, In Session Categorization of Behaviors, Therapist-Client Interaction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados dos WAIs dos clientes divididos em quartis.....	51
Figura 2. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas das díades: Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Bem Sucedidas.....	57
Figura 3. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes das díades: Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Bem Sucedidas.....	59
Figura 4. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas das díades: Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Mal Sucedidas.....	61
Figura 5. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes das díades, Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Mal Sucedidas.....	62
Figura 6. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas, segundo o SiMCCIT, nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.....	63
Figura 7. Frequência das categorias do Terapeuta nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).....	65
Figura 8. Frequência dos resultados da categoria SRE nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde)	66
Figura 9. Correlação entre as categorias FAC e EMP nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.....	67
Figura 10. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes, segundo o SiMCCIT, nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.....	67
Figura 11. Frequência dos resultados da categoria REL na seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).....	68
Figura 12. Frequência das categorias do Cliente nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).....	69

Figura 13. Correlação entre as categorias do terapeuta FAC e a do cliente REL nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.....	70
Figura 14. Correlação entre as categorias do terapeuta SRF e a do cliente MET nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.....	71
Figura 15. Frequência dos caracteres dos Terapeutas, dos Clientes e no Total nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).....	72
Figura 16. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente.....	135
Figura 17. Porcentagem da categorização da Cliente 1 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.....	135
Figura 18. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 4.....	136
Figura 19. Porcentagem da categorização da Cliente 4 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.....	136
Figura 20. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 5.....	137
Figura 21. Porcentagem da categorização da Cliente 5 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.....	137
Figura 22. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 8.....	138
Figura 23. Porcentagem da categorização da Cliente 8 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.....	138
Figura 24. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com o Cliente 19.....	139
Figura 25. Porcentagem da categorização do Cliente 19 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.....	139
Figura 26. Porcentagem da categorização da Terapeuta B na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 21.....	140
Figura 27. Porcentagem da categorização da Cliente 21 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta B.....	140

Figura 28. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 7.....	142
Figura 29. Porcentagem da categorização do Cliente 7 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.....	142
Figura 30. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 12.....	143
Figura 31. Porcentagem da categorização do Cliente 12 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.....	143
Figura 32. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 13.....	144
Figura 33. Porcentagem da categorização da Cliente 13 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.....	144
Figura 34. Porcentagem da categorização da Terapeuta C na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 18.....	145
Figura 35. Porcentagem da categorização da Cliente 18 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta C.....	145
Figura 36. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 21.....	146
Figura 37. Porcentagem da categorização da Cliente 21 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.....	146
Figura 38. Porcentagem da categorização do Terapeuta D na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 30.....	147
Figura 39. Porcentagem da categorização do Cliente 30 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Terapeuta D.....	147
Figura 40. Frequência da categorização do Cliente 30 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Terapeuta D.....	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de identificação do cliente, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, o local onde a terapia foi realizada, terapeuta que conduziu o caso.....	42
Tabela 2. Número de identificação do cliente, respectivo terapeuta, local onde a terapia foi realizada, média crescente dos resultados do WAIs dos clientes, respectivas médias dos resultados dos WAIs dos terapeutas, andamento da terapia e número de sessões.....	52
Tabela 3. Número de identificação do cliente, respectivo terapeuta, resultado dos WAIs dos clientes em ordem crescente, a qual Quartil esses resultados se referiram, presença ou não do Critério 2 - mudança do comportamento do cliente em sessão, presença ou não do Critério 3 – relatos de melhora do cliente e a Classificação da Terapia em Bem ou Mal Sucedida ou classificação intermediária.....	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 PESQUISAS SOBRE CATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS.....	16
1.2 PESQUISAS SOBRE INDICADORES DE RESULTADOS EM PSICOTERAPIAS.....	29
1.3 OBJETIVOS	40
2 MÉTODO	41
2.1 PARTICIPANTES	41
2.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
2.3 MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS	43
2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	44
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
3.1 APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	50
3.1.1 RESULTADOS DO CRITÉRIO 1 – MAIORES E MENORES RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA (WAI).....	50
3.1.2 RESULTADOS DOS CRITÉRIOS 2 E 3 – MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DO CLIENTE EM SESSÃO E RELATOS DE MELHORA DO CLIENTE E A CLASSIFICAÇÃO EM TERAPIAS BEM OU MAL SUCEDIDAS	53
3.2 CATEGORIZAÇÃO DA QUARTA SESSÃO DAS TERAPIAS BEM E MAL SUCEDIDAS	56
3.2.1 CATEGORIZAÇÕES DAS QUARTAS SESSÕES DAS SEIS TERAPIAS BEM SUCEDIDAS.....	56
3.2.2 CATEGORIZAÇÕES DAS QUARTAS SESSÕES DAS SEIS TERAPIAS MAL SUCEDIDAS	60
3.2.3 COMPARAÇÃO DA CATEGORIZAÇÃO DAS QUARTAS SESSÕES DAS TERAPIAS BEM E MAL SUCEDIDAS	62
4 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXO A.....	91
TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE RESPONSABILIDADE DO TERAPEUTA.....	91
ANEXO B	94
TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE.....	94
ANEXO C	97
TERMO DE RESPONSABILIDADE	97
ANEXO D.....	99
EIXO I DO SISTEMA MULTIDIMENSIONAL DE CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA	99
APÊNDICE A.....	134
TERAPIAS BEM SUCEDIDAS: CATEGORIZAÇÃO POR DÍADES (TERAPEUTA E CLIENTE).....	134
APÊNDICE B.....	141
TERAPIAS MAL SUCEDIDAS: CATEGORIZAÇÃO POR DÍADES (TERAPEUTA E CLIENTE)	141

1 Introdução

Explicar como as psicoterapias funcionam é tarefa fundamental dos psicólogos. Pesquisas sobre intervenções clínicas psicológicas produzem evidências empíricas que dão suporte: (a) a decisões de terapeutas, (b) a políticas do setor de saúde e de prestação de serviços, (c) a professores no ensino de novos terapeutas e (d) ajudam na formulação de teorias que expliquem o fenômeno encontrado (Meyer, 2009). Uma particularidade com a qual os pesquisadores lidam ao estudar o que ocorre dentro da psicoterapia é a análise do comportamento de, no mínimo, dois indivíduos – terapeuta e cliente – interagindo. As relações ou padrões de interação dessa díade podem ser identificados por meio de pesquisas clínicas de análises de processo (Zamignani, 2007). Em relação à terapia de base analítico-comportamental, houve um aumento no número de estudos sobre o desenvolvimento de uma descrição dos processos, especialmente no que se refere à interação terapeuta-cliente em terapia verbal (Zamignani, 2007).

A sistematização do que ocorre em sessão por meio da categorização de comportamentos da díade terapeuta-cliente pode ser considerada uma estratégia metodológica para a caracterização da interação em sessão, com a finalidade de identificar e avaliar aspectos específicos e regularidades da relação terapêutica por meio da observação direta de sessões gravadas em áudio e/ou vídeo (Zamignani, 2007).

O Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica desenvolvido por Zamignani e Meyer em 2007 é um instrumento de categorização de comportamentos de terapeutas e clientes que pretende descrever o que ocorre em sessões de psicoterapias por meio de categorias de comportamentos (Zamignani & Meyer, 2007).

1.1 Pesquisas sobre Categorias de Comportamentos

Muitas pesquisas de categorização de comportamentos de terapeutas e de clientes têm sido realizadas com a finalidade de identificar regularidades na interação terapêutica e de contribuir para um aperfeiçoamento de um modelo de intervenção clínica (Kovac, 2001; Oliveira-Silva & Tourinho, 2006; Vieira-Santos & Souza, 2007; Tourinho et al, 2007, Zamignani, 2007, Canaan & Ribeiro, 2008, Rocha, 2008, Barbosa & Tourinho, 2009, Meyer, 2009, Santos 2009, Silveira, 2009, Donadone, 2009, Xavier, 2010, Zamignani 2011, Sadi, 2011, Del Prette, 2011).

Dentre os autores que se dedicaram a esse assunto, o trabalho de Zamignani (2007) merece destaque. Zamignani (2007) empreendeu um estudo com as seguintes finalidades: (a) de desenvolver um Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos do Terapeuta e do Cliente para o estudo da interação terapêutica, (b) verificar a concordância entre observadores ao utilizar esse sistema e (c) produzir evidências quanto à sua aplicabilidade e validade. Como os resultados de Zamignani (2007) contribuem significativamente para essa dissertação, sua pesquisa (comporta de três estudos) será descrita de forma mais aprofundada.

No *Estudo 1*, foi realizada uma avaliação sistemática da literatura referente à classificação de comportamentos verbais vocais. Na medida em que o material disponível encontrado mostrou-se bastante volumoso, Zamignani (2007) optou por uma avaliação sistemática apenas dos sistemas de categorização verbal vocal. Em uma primeira etapa, Zamignani (2007) selecionou alguns critérios de seleção e exclusão dos sistemas. Os critérios de inclusão foram: (a) categorias e definições – se havia clareza na definição de categorias de cada sistema, se a construção das mesmas era baseada em eventos diretamente observáveis ou que exigissem o mínimo de interferência e se havia consistência entre a descrição e a denominação das categorias; (b) coerência do conjunto –

se havia coerência interna, especialmente quanto à natureza (topográfica e/ou funcional) dos eventos em cada uma das categorias e ao grau de especificidade das categorias; (c) treino sistemático – se havia a existência ou não de manual ou treino sistemático de observadores, (d) utilização prévia em pesquisas – se o sistema já foi adotado por outros pesquisadores ou em outros estudos do mesmo grupo de pesquisa e (e) compatibilidade – se as categorias do sistema foram desenvolvidas para o estudo da terapia analítico-comportamental ou se suas definições eram compatíveis para tal abordagem. Os critérios de exclusão foram: (a) sistemas idênticos ou muito semelhantes, (b) com foco em padrões muito específicos de interação – por exemplo, sistemas de categorias para análise do atendimento do transtorno do pânico e (c) com categorias muito específicas de uma determinada área ou abordagem - cujos termos não poderiam ser transpostos para abordagem comportamental. Zamignani (2007) concluiu que os sistemas de categorias já existentes não eram satisfatórios para o estudo da terapia analítico-comportamental, uma vez que os mesmos não atenderam plenamente aos critérios de inclusão, demonstrando assim a necessidade de elaboração de um novo sistema de categorias.

No *Estudo 2*, foi desenvolvido o Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica.

O desenvolvimento de um *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* se deu a partir da análise das categorias e definições que compõem os instrumentos e catálogos de comportamentos analisados no Estudo 1 deste trabalho. Foram também consultados textos de revisão bibliográfica sobre interação terapêutica (...) e textos para a formação de terapeutas (...). Além da leitura dessas publicações, foram também estudadas transcrições de sessões de terapia analítico-comportamental que haviam sido utilizadas em trabalhos prévios (Zamignani, 2007, p. 109).

Para destacar comportamentos típicos da interação em terapia analítico-comportamental, Zamignani (2007) analisou as categorias e as definições presentes nos diferentes sistemas de categorização para cada dimensão do comportamento juntamente com os eventos identificados nas transcrições de sessões. Partindo da elaboração de um sistema preliminar, Zamignani (2007) realizou tentativas de aplicação de suas categorias a sessões de terapia, testes de concordância entre observadores e assim, foram feitos os ajustes necessários no sistema até chegar a uma versão definitiva do instrumento.

O *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* tem como elemento central para categorização os *comportamentos verbais* de terapeuta e cliente, que contemplam *Respostas verbais vocais* e *Gestos comunicativos* (respostas motoras cuja função é análoga a respostas verbais vocais), a partir dos quais outras dimensões do comportamento são também categorizadas. É composto por três *Eixos de categorização*, cada um deles representando uma dimensão ou aspecto do comportamento dos participantes: *Comportamento verbal*, *Temas* e *Respostas motoras*. Além dos *Eixos* principais, os dois primeiros são compostos também por *Qualificadores*, que especificam algumas propriedades do comportamento categorizado. O eixo de categorização referente ao comportamento verbal vocal tem como qualificadores o *Tom emocional* e a presença ou ausência de *Gestos ilustrativos*. O eixo *Tema* tem como qualificadores o *Enfoque no tempo* e a *Condução do tema* pelos participantes (Zamignani, 2007, p. 120-121).

O Eixo I corresponde ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta e do cliente e contém 15 categorias para as verbalizações do terapeuta e 13 para as do cliente e Apresenta dois qualificadores: (1) Tom emocional da interação – envolve variáveis paralinguísticas e expressão facial e (2) Gestos ilustrativos – indicam a presença ou

ausência de gestos ilustrativos que acompanham uma Resposta verbal vocal (Zamignani, 2007). As categorias referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta são:

- ✓ Solicitação de relato (terapeuta solicita relato);
- ✓ Facilitação (terapeuta facilita o relato do cliente);
- ✓ Empatia (terapeuta demonstra empatia);
- ✓ Informação (terapeuta fornece informações);
- ✓ Solicitação de reflexão (terapeuta solicita reflexão);
- ✓ Recomendação (terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas);
- ✓ Interpretação (terapeuta interpreta);
- ✓ Aprovação (terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente);
- ✓ Reprovação (terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente);
- ✓ Outras vocal terapeuta (outras verbalizações do terapeuta);
- ✓ T silêncio (terapeuta permanece em silêncio);
- ✓ Concordância terapeuta (respostas não vocais de facilitação/concordância);
- ✓ Discordância terapeuta (respostas não vocais de discordância);
- ✓ Comando terapeuta (respostas não vocais de pedidos/ordem/comando/ incentivo);
- ✓ Gestos outros terapeuta (outras respostas não vocais);
- ✓ Insuficiente terapeuta (registro insuficiente).

As categorias referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do cliente são:

- ✓ Solicitação (cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos)
- ✓ Relato (cliente relata eventos);
- ✓ Melhora (cliente relata melhora ou progresso terapêutico);

- ✓ Metas (cliente formula metas);
- ✓ Relações (cliente estabelece relações entre eventos);
- ✓ Concordância (cliente relata concordância ou confiança);
- ✓ Oposição (cliente se opõe, recusa ou reprova);
- ✓ Outras vocal cliente (outras verbalizações do cliente);
- ✓ C silêncio (cliente permanece em silêncio);
- ✓ Concordância cliente (respostas não vocais de facilitação/concordância);
- ✓ Discordância cliente (respostas não vocais de discordância);
- ✓ Comando cliente (respostas não vocais de pedido/ordem/comando/incentivo);
- ✓ Gestos outros cliente (outras respostas não vocais);
- ✓ Insuficiente cliente (registro insuficiente).

O Eixo II analisa os temas abordados na sessão e contém 16 categorias e dois qualificadores: (1) enfoque no tempo – tempo no qual o tema é tratado e (2) condução do tema – especifica o falante que deu início ao tema em questão (Zamignani, 2007, p. 178-184). As categorias referentes ao tema em sessão são:

- ✓ Relação Terapêutica;
- ✓ Relações com cônjuges/parceiros;
- ✓ Relações com filhos ou enteados;
- ✓ Relações com pais ou padrastos;
- ✓ Relações com outros familiares;
- ✓ Trabalho estudo e/ou carreira;
- ✓ Religião;
- ✓ Relações Interpessoais;
- ✓ Sentimentos em geral, julgamentos ou tendência a ação;
- ✓ Questões existenciais;

- ✓ Eventos traumáticos;
- ✓ Atividade de fantasia ou jogo (atividade lúdica, *role-playing* ou qualquer atividade que envolva fantasia);
- ✓ Desenvolvimento de técnicas/procedimentos ou entrevistas padronizados;
- ✓ Queixas psiquiátricas e sintomas médicos;
- ✓ Silêncio;
- ✓ Outros temas.

O Eixo III contém categorias referentes a comportamentos motores (postura corporal e movimentos motores) do terapeuta e do cliente (Zamignani, 2007, p. 187-189):

- ✓ Auto-Estimulação (morder ou lamber os lábios, brincar com os cabelos, beliscar ou manipular a pele com os dedos, coçar, segurar a si mesmo, movimento de bater com as mãos, fricção ou massagem);
- ✓ Movimentos repetitivos ou de extremidades (movimentos com o tronco e/ou cabeça, movimentos de braços e mãos, pernas e pés);
- ✓ Espreguiçar/Alongar/Bocejar;
- ✓ Outros movimentos ou mudanças gerais de postura;
- ✓ Postura em Repouso.

As categorizações devem ser realizadas para cada um dos participantes individualmente, em todos os Eixos (I, II e III) (Zamignani, 2007). Zamignani (2007) também elaborou um treino padronizado para observadores e sua aplicação produziu um satisfatório índice de concordância Kappa de 0.73 a 0.84 nas categorias do terapeuta e um insatisfatório índice de -0,09 a 0,36 nas categorias do cliente. Tal dado requer um ajuste no treino e nas categorias do cliente (Zamignani, 2007).

No *Estudo 3*, foi realizada uma análise de três sessões de terapia cognitivo-comportamental (uma inicial, outra intermediária e uma final), na qual observou-se que a

aplicabilidade do sistema de categorização em terapia analítico-comportamental foi capaz de identificar regularidades no comportamento dos participantes (Zamignani, 2007).

Outros sistemas de categorização também foram desenvolvidos e com isso, surgiu-se a necessidade de sanar algumas dificuldades encontradas. Martins (1999) estava interessado em descrever e analisar verbalizações de terapeutas e clientes que diziam respeito a eventos privados. Quatro sessões de três casos clínicos foram categorizadas em três momentos diferentes da terapia: avaliação, intervenção e encerramento. Martins (1999) constatou que as falas que não se referiam a eventos privados foram muito mais frequentes do que as falas que abordavam esses eventos. Quando os eventos privados eram abordados, os clientes falaram frequentemente mais que os terapeutas. Verificou-se também que falas antecedentes e subsequentes às falas que abordavam eventos privados caracterizaram-se mais frequentemente por falas que não tratavam a temática dos eventos privados. Com a finalidade de se investigar questões pertinentes a modelos de categorização, Tourinho et al (2007, p. 318) destacaram que no trabalho de Martins (1999), mesmo ao se categorizar verbalizações referentes à eventos privados, foi observada a necessidade de se diferenciar categorias (genéricas) - que analisam qualquer situação de atendimento clínico como Investigação, Conselhos, *Feedback* - de categorias referentes à dimensões justificadas somente face a um problema de pesquisa particular (por exemplo, “referências a eventos privados como causa de eventos comportamentais”). A necessidade encontrada nesse estudo pode ter relação com diversas dificuldades encontradas em estudos de categorização. Tourinho et al (2007, p. 318) acrescentam que dificuldades encontradas nos inícios desses estudos explicam os limites do que até o ano de 2007 foi possível alcançar em termos de resultados. Para esses autores, uma dificuldade encontrada consistia na inexistência de estudos em terapia analítico-comportamental que se debruçassem para um exame sistemático da interação verbal terapeuta-cliente (Tourinho et

al, 2007). Essa dificuldade instigou o desenvolvimento de futuras pesquisas, como por exemplo, a de Zamignani (2007).

Outra dificuldade encontrada em estudos de categorização diz respeito à fragilidade na definição de categorias (Kovac, 2001; Tourinho et al, 2007). Definições “amplas” ou “generalistas” podem dificultar bons índices de concordância entre categorizadores.

Preocupada com a adequação das definições de algumas categorias, Santos (2009) pretendeu avaliar as seguintes definições de categorias de atuação verbal do terapeuta:

- ✓ Informação (esclarecimento, comentário ou explicação de um determinado assunto);
- ✓ Investigação (busca de informações sobre eventos e relações entre eventos);
- ✓ Interpretação (destaque de comportamentos e eventos relevantes e explicações sobre relações entre eventos);
- ✓ Aconselhamento (descrição de alternativas de comportamento);
- ✓ Consequenciação (sinalização de aprovação ou desaprovação contingente a comportamentos do cliente que ocorreram na sessão ou relatos de comportamentos fora da sessão);

Para tal foram realizados quatro estudos. Nos Estudos 1 e 2, constatou-se que as categorias precisavam ser refinadas antes de serem utilizadas em pesquisas de categorização. No Estudo 1, o maior grau de discordância (73,33%) ocorreu com a categoria Informação. A categoria Interpretação foi a que obteve um menor percentual de discordância (7,95%). A categoria Empatia (expressões de compreensão em relação às dificuldades ou conquistas do cliente e/ou de terceiros, também inclui sinalização de atenção e validação de sentimentos) foi incluída ao sistema (Santos, 2009). Ao longo do Estudo 2, duas alterações foram realizadas referentes às categorias Consequenciação, Empatia e Investigação. A categoria Investigação passou a ser descrita de forma mais

ampla. As categorias Empatia e Consequenciação foram agrupadas em uma só categoria, considerando que Empatia como uma subcategoria de Consequenciação. Segundo Santos, (2009), após essas alterações, no Estudo 3, verificou-se que as categorias Consequenciação, Informação e Investigação estão definidas de maneira adequada e encontram-se prontas para serem usadas. No entanto, as categorias Aconselhamento e Interpretação precisavam ser aperfeiçoadas. Os Estudos 3 e 4 apontaram uma adequação de um sistema refinado de categorias de atuação verbal do terapeuta, atingindo-se o critério de 70 a 80% de concordância entre a categorização dos participantes e o gabarito. O sistema refinado de atuação verbal do terapeuta, usado nesse estudo, é uma tentativa de caracterização descritiva da interação terapêutica para pesquisa (Santos, 2009). De acordo com esses parâmetros, Santos (2009) destaca que apesar de o sistema ser composto por um número pequeno de categorias, parece ter sido suficiente para sistematizar as principais funções das verbalizações dos terapeutas.

Em terapia analítico-comportamental, estudar categorizações de comportamentos presentes na interação terapeuta-cliente têm contribuído de forma relevante para o aperfeiçoamento de um modelo de intervenção clínica produtivo e consistente com os princípios da análise do comportamento (Barbosa & Tourinho, 2009). Alguns desses estudos também apresentam importantes contribuições para o aprimoramento de terapeutas e professores de futuros terapeutas (Banaco, 1997; Sturmey, 1996; Vermes, Zamignani & Kovac, 2007; Zamignani, 2007; Zamignani & Meyer, 2007; Canaan & Ribeiro, 2008; Yano Ammeida & Meyer, 2009; Meyer, 2009 e Sadi, 2011). Tal constatação se faz possível considerando que as investigações sobre comportamentos que ocorrem em sessão já apontam determinados comportamentos importantes a serem emitidos em diferentes fases da terapia (Vermes, Zamignani & Kovac, 2007).

Em sessões iniciais, Sturmey (1996) e Vermes, Zamignani e Kovac (2007) enfatizam que a emissão de determinados comportamentos por parte do terapeuta compõem o necessário contexto de acolhimento, compreensão e interesse: respostas de Empatia do terapeuta incluem algumas de suas subcategorias como: Nomeação e Inferência de sentimentos, Normalizações e Validação de Sentimentos, Exclamações e Expressões de Interesse, Humor, Apoio, Paráfrases e Comentários de Entendimento, assim como, respostas vocais, tais como Facilitação consistentes com o conteúdo relatado pelo cliente. O terapeuta além de acolher e compreender deve demonstrar seu entendimento sobre as relações descritas pelo cliente e mostrar que dispõe de meios para ajudá-lo (Banaco, 1997). “Tal habilidade, portanto, pode envolver a emissão de algum tipo de resposta de Interpretação ou Informação por parte do terapeuta já nas sessões iniciais” (Zamignani, 2007, p. 251).

Ainda nas sessões iniciais, é necessário que o terapeuta colha informações sobre o cliente para compreender sua queixa e outros aspectos de seu repertório comportamental. “Esse processo de coleta de informações e tomada de decisões sobre as intervenções a serem desenvolvidas é denominado *avaliação comportamental* e visa a *análise de contingências* relacionadas à instalação e manutenção dos problemas trazidos pelo cliente como queixa” (Zamignani, 2007, pp. 251-252). Segundo Sturmey (1996) a coleta de dados por meio da entrevista clínica é caracterizada inicialmente, por respostas de Relato do cliente e ações do terapeuta de Solicitação de Relato. Zamignani (2007) acrescenta que ainda é comum que ocorram respostas de Facilitação e Gestos de Concordância do terapeuta, além de verbalizações breves que repetem o que o cliente acabou de dizer (um tipo de Facilitação). Os clientes, muitas vezes, apresentam suas próprias teorias sobre seu problema (Estabelece Relações) por considerá-los incontroláveis e também pelo fato de estarem perplexos (Sturmey, 1996).

Mais adiante no processo terapêutico, o terapeuta deve favorecer que o cliente faça suas próprias análises e apresente também propostas de mudança. Segundo Vermes, Kovac e Zamignani (2007), essa estratégia poderia ocorrer por meio de comportamentos de Solicitação de Relato e Solicitação de Reflexão, seguidas por respostas de Aprovação do terapeuta quando o cliente Estabelece Relações, formula Metas ou, posteriormente, relata Melhora.

Estudos sobre categorização de comportamentos da interação terapêutica também têm produzido conhecimentos específicos relacionados a objetivos de pesquisas. Yano, Almeida e Meyer (2009) desenvolveram um estudo que envolveu a categorização de comportamentos de terapeutas e clientes com a finalidade de identificar possíveis indicadores de abandono de terapia. Para tal, elas avaliaram dois grupos de cliente adultos, o grupo A – clientes que abandonaram o tratamento e o grupo C – clientes que continuaram.

Yano, Almeida e Meyer (2009) constataram que houve diferença na forma de atuação do terapeuta em algumas categorias no início do tratamento. O terapeuta investigou muito, fez menos inferências e continuou prestando informações ao longo das sessões, no grupo A. No grupo C, o terapeuta questionou menos e continuou fornecendo informações ao cliente. No entanto, nesse grupo o terapeuta fez mais inferências e estabeleceu mais relações entre eventos. O estudo demonstrou que não foram observadas diferenças significativas das categorias Empatia, Aprovação e Reprovação entre os grupos A e C, demonstrando que provavelmente o abandono não estaria relacionado especificamente a tais categorias (Yano, Almeida & Meyer, 2009). Embora os clientes do grupo A apresentaram menos demanda, solicitaram menos informações, discordaram menos e estabeleceram menos relações entre eventos, as autoras destacam que, no geral, as diferenças encontradas entre os dois grupos nas categorias dos clientes não foram

estatisticamente significativas. Yano, Almeida e Meyer (2009) concluíram que os dados pareceram sugerir que o abandono estaria mais relacionado ao comportamento do terapeuta e menos em relação ao comportamento do cliente.

Outro estudo de categorização analisou os comportamentos de uma terapeuta e uma cliente em um caso específico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, identificando as variáveis relacionadas ao abandono da cliente (Sadi, 2011). O sistema de categorização utilizado foi o Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani & Meyer, 2007). Tal estudo apresentou resultados de frequência de categorias do terapeuta e da cliente. As categorias da terapeuta de maior porcentagem foram Facilitação, Solicitação de Relato e Empatia. E as categorias de menor porcentagem foram Solicitação de Reflexão, Aprovação, Recomendação e Reprovação. As categorias de maior porcentagem da cliente foram Relato e Estabelecimento de Relações entre Eventos. E as de menor porcentagem foram Solicitação, Concordância, Oposição e Melhora. As sequências que mais ocorreram foi Facilitação seguida por Relato. Sadi (2011) relacionou os resultados encontrados com as categorias do sistema utilizado e concluiu que o abandono da terapia pareceu estar vinculado a diversos fatores como a perda da oportunidade de Aprovar (categoria Aprovação), Solicitar Reflexão e Interpretar (categoria Interpretação), além de outros comportamentos exercendo a função de invalidação (terapeuta não deu atenção a relatos sobre queixa de doenças, a terapeuta entrou de férias e não flexibilidade da terapeuta em fazer mais uma sessão domiciliar em um momento de crise).

Interessada em analisar as categorias Solicitação de Informação e Recomendação, Meyer (2009) analisou o agrupamento de resultados de um banco de dados com 626 sessões de 19 pesquisas brasileiras de terapias analítico-comportamentais. A partir de uma revisão ampliada, o estudo propôs algumas alterações no agrupamento de categorias e em

seus títulos. As categorias propostas foram: Solicitação de Informação (com as subcategorias Solicitação de Relato e Solicitação de Reflexão), Facilitação, Informação, Recomendação, Interpretação, Empatia, Aprovação, Discordância e Outros (Meyer, 2009). Meyer (2009) constatou que a categoria Solicitação de Informação teve alta porcentagem no banco de dados e foi a mais presente no início das terapias. Em terapias de terapeutas mais experientes, o número de perguntas foi menor. Também se constatou que Recomendar foi uma das intervenções menos utilizadas, embora estivesse presente na maioria das terapias, independente da abordagem teórica (Meyer, 2009).

Canaan & Ribeiro (2008) investigaram uma categoria específica. Para tal, examinaram o comportamento verbal interpretativo de uma terapeuta comportamental em treinamento durante o atendimento de uma cliente adulta. As falas da terapeuta foram organizadas de acordo com as seguintes categorias: Informação, Investigação, Interpretação, Aconselhamento e Consequenciação. Investigação foi a categoria mais frequente. Segundo Canaan & Ribeiro (2008), foi possível observar que Interpretação ocorreu juntamente com outras funções de comportamentos da terapeuta, resultado em cinco categorias interpretativas: Informativa, Investigativa, Explicativa, Aconselhadora e Consequenciadora. É interessante salientar que Canaan & Ribeiro (2008), demonstraram que os resultados desse estudo convergiram com as idéias de Kohlenberg e Tsai (2001) de que, dentro da categoria Interpretação, existiu o uso de expressões indicativas de uma postura de humildade do terapeuta, ressaltando o caráter hipotético de suas interpretações e a possibilidade de auto-correção das mesmas.

Com os resultados apresentados nos estudos descritos acima fica possível observar que as pesquisas que envolvem a categorização de comportamentos contribuem para o agrupamento de conhecimentos da interação entre terapeuta e cliente em terapias analítico-comportamentais.

1.2 Pesquisas sobre Indicadores de Resultados em Psicoterapias

Antigamente, as pessoas que faziam psicoterapia relatavam melhoras, assim como muitos clínicos diziam que seus clientes melhoravam, mas poucos dados empíricos embasavam esses resultados (Oshiro, 2011). Com o objetivo de sanar essas e outras questões, algumas pesquisas sobre eficácia em psicoterapia e possíveis tratamentos empiricamente validados foram empreendidas (Consumer Reports, 1995; Hartman & Zepf, 2003; APA, 2006).

Em um estudo pioneiro, a revista americana *Consumer Reports* enviou aos seus leitores questionários avaliando o atendimento em psicoterapia, discriminando as abordagens terapêuticas (Consumer Reports, 1995). Solicitava-se que respondessem ao questionário as pessoas que em algum momento, durante os três anos anteriores, tivessem procurado ajuda por estresse ou problemas emocionais. Os resultados revelaram que a psicoterapia mostrou-se efetiva tanto sozinha, quanto combinada com medicação (embora muitas pessoas tenham relatado efeitos colaterais) e que nenhuma abordagem mostrou-se melhor do que outra. Também foi possível observar que quanto mais tempo os clientes permaneceram em terapia, mais eles relataram melhoras.

Hartman e Zepf (2003) reaplicaram uma pesquisa semelhante na Alemanha e encontraram resultados próximos. A psicoterapia mostrou ser efetiva e a terapia de longa duração também se correlacionou mais com melhora. Uma diferença encontrada foi que os clientes do sexo masculino avaliaram os tratamentos como menos efetivos, diferentemente dos resultados de Seligman (1995) que não apontavam diferenças nos resultados de homens e mulheres.

Em 1993, foi criada pela APA (*American Psychological Association*), por meio de uma Divisão de Psicologia Clínica (Divisão 12), uma Força Tarefa com a finalidade de

discutir critérios para a validação de modelos terapêuticos empiricamente fundamentados e a elaboração de uma lista de métodos e modelos terapêuticos aprovados por esses critérios (Chambless & Ollendick, 2001; Neto & Féres-Carneiro, 2005; Neno, 2005). Além de motivar e impulsionar o movimento pela validação empírica das psicoterapias, para Neno (2005), um exame do contexto histórico da instalação da Força Tarefa da Divisão 12 da APA, revela também a presença de fatores sociais, políticos e econômicos. Em 1995, a APA publicou os critérios para a identificação de tratamentos empiricamente validados para transtornos específicos (Chambless et al, 1998). Foram identificados 18 tratamentos empiricamente validados e sete “provavelmente eficazes” (Força Tarefa, 1995). As terapias com base em evidências constituíram-se em um conjunto de práticas com resultados comprovados cientificamente (APA, 2006; Hartmann & Zepf, 2003; Jardim & Gomes, 1995; Neto & Féres-Carneiro, 2005; Seligman, 1995). No entanto, o trabalho desenvolvido pela Força Tarefa da Divisão 12 da APA conduziu a inúmeras controvérsias e reações face à sua ênfase nos aspectos técnicos da intervenção psicoterápica (Neno, 2005).

Nesse momento, tornou-se necessário evidenciar os mecanismos responsáveis pela mudança clínica, na tentativa de explicar porque e como a terapia funciona (Greenberg & Pinsof, 1986). Em pesquisas de processo em psicoterapias, a discussão sobre os elementos necessários para uma prática psicológica eficaz, em todas as abordagens, tem se desenrolado em torno de quatro questões chaves: se a psicoterapia funciona, como, com que e o porquê (Greenberg & Pinsof, 1986; Meyer, 2009; Sadi, 2011; Zamignani, 2007, Zamignani & Meyer, 2007). “Seria a base na qual os pesquisadores buscariam apoio para especificar quando e para onde olhar no curso da terapia, o que favoreceria a identificação de padrões de mudança que ocorrem ao longo do processo terapêutico” (Zamignani, 2007, p.247).

Com um olhar menos técnico, em 1999, a Divisão 29 da APA constituiu uma Força

Tarefa sobre “Relações Terapêuticas Empiricamente Sustentadas”, com o intuito de chamar a atenção para aspectos relevantes da psicoterapia (Neno, 2005) e representar uma contra reação as regras decisórias anteriores que tendiam a representar a psicoterapia como tratamento manualizado, solto e de transtorno do Eixo I do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) (Norcross, 2001). A Força Tarefa da Divisão 29 teve então dois objetivos complementares: identificar elementos de relações terapêuticas efetivas e identificar métodos efetivos de adequar a terapia ao paciente individual com base em suas características (não diagnósticas) (Norcross & Hill, 2004). A relação Terapêutica foi definida como atitudes e sentimentos que o terapeuta e o cliente têm em direção um ao outro e a maneira com que são expressos (Norcross, 2001).

Os resultados encontrados pela Força Tarefa Divisão 29, destacaram elementos positivos da relação terapêutica como a aliança terapêutica, a coesão na terapia de grupo, a empatia, o consenso com respeito aos objetivos e colaboração, a consideração positiva, a congruência/autenticidade, o feedback, o reparo de rupturas na aliança, a auto-revelação, o manejo de contratransferência e a qualidade das interpretações relacionais (Norcross & Hill, 2004). Em relação às características dos clientes, os resultados mostraram: a resistência, o comprometimento funcional, o estilo de enfrentamento, os estágios de mudança, os estilos anaclítico/sociotrópico e introjetivo/autônomo, as expectativas e assimilação de experiências problemáticas (Norcross & Hill, 2004). Ao destacar esses elementos relevantes para a relação terapêutica, a Força Tarefa não está considerando que os procedimentos técnicos ficam à parte, e sim, que os dois conjuntos de variáveis seriam complementares, fazendo com que os esforços das Forças Tarefas das Divisões 12 e 19 também sejam complementares (Norcross & Hill, 2004).

Com os resultados apresentados pelas das Forças Tarefas das Divisões 12 e 19 fica claro que a psicoterapia é eficaz e que as variáveis técnicas e da relação terapêutica

compõem ferramentas fundamentais dentro desse processo. No entanto, alguns autores consideraram importante investigar quais seriam os indicadores de revelam que a psicoterapia foi eficaz.

Garfield (1995) realizou um estudo de quais fatores indicariam resultados positivos em psicoterapia. Segundo ele, as habilidades do terapeuta em estabelecer uma relação positiva com o cliente (como demonstrar empatia, interesse, aceitação, afeto positivo, inspirar confiança, fornecer informações sobre o funcionamento do processo, e reforçar o cliente em procurar ajuda e tentar mudar) produziriam um maior engajamento do cliente à terapia (Garfield, 1995; Meyer, 2009; Meyer & Vermes, 2001).

Outro indicador parece se relacionar com a relação terapêutica. Estudos de avaliação da relação terapêutica demonstram que a qualidade dessa relação é preditiva de resultados na terapia (Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Rangé, 1995; Shinohara, 2000; Meyer & Vermes, 2001; Prado & Meyer, 2004). Horvath e Symonds (1991), concluíram que, no geral, a qualidade da aliança terapêutica é mais preditiva de resultados de tratamento quando baseada nas avaliações dos clientes e depois, nas avaliações dos terapeutas e, por último, na avaliação de observadores. A literatura de relação terapêutica aponta que a mesma é formada no início do tratamento psicológico, por volta da segunda e quinta sessão (Connors et al., 1997; Barber et al., 1999; Barber et al., 2000; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Jordan, 2003).

Alguns estudos ainda indicam que uma vez formada, a relação terapêutica não muda (Prado, 2002; Jordan, 2003). Em um estudo nacional, Prado (2002) utilizou o WAI para avaliar a relação terapêutica de terapias realizadas via *internet*. O autor destacou algumas vantagens do uso do WAI como: a) seu amplo respaldo na literatura sobre a validade do instrumento e confiabilidade do instrumento e b) o desenvolvimento de versão autorizada em português, produzida por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

(Prado, 2002). Prado (2002) e Prado e Meyer (2004) apontam que não há uma maneira única para se analisar o WAI. A maneira de determinar se o resultado do WAI é alto (alta aliança terapêutica) ou baixo (baixa aliança terapêutica) é baseada ou numa análise estatística intra-amostra ou numa análise auxiliada por outros instrumentos. Na pesquisa de Prado (2002), o WAI foi respondido pelos terapeutas e clientes na quinta, décima e décima quinta semana da terapia. Verificou-se que a partir da quinta semana de terapia, a relação terapêutica havia se formado e manteve-se estável no decorrer das 15 semanas de terapia (Prado, 2002, pp. 70-71).

Certas habilidades do terapeuta são essenciais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade, tornando-o uma pessoa significativa para o cliente (Baptistussi, 2001). A audiência não punitiva é uma habilidade fundamental a ser desempenhada pelo terapeuta. Skinner (1953/1993) destaca que o terapeuta constitui uma audiência não punitiva, embora esse processo possa levar tempo. O terapeuta é somente mais um membro da sociedade aos olhos do cliente. Cabe ao terapeuta colocar-se em situação diferente, evitando consistentemente o uso da punição. Quando o terapeuta se comporta como não punidor, o processo de redução do efeito de punição se acelera e cada vez mais comportamentos punidos anteriormente aparecem. O terapeuta, segundo Skinner (1953/1993):

não critica o paciente nem levanta objeção alguma a nenhum de seus comportamentos. Não aponta erros de pronúncia, gramática, ou lógica. Particularmente, evita qualquer sinal de contra-agressão quando o paciente de alguma maneira critica-o ou o ofende. O papel de não punir fica mais claro quando o terapeuta frequentemente responde de modo incompatível com a punição (...). À medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não

punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do paciente (p. 209).

Ao contrário do que acontece quando o terapeuta se estabelece como audiência não punitiva, Baptistussi (2001) descreve que se, nas interações verbais, o terapeuta adquire a função de estímulo pré-aversivo sobre o relato do cliente de falar sobre determinado assunto, a probabilidade de que ele continue falando sobre esse assunto para o terapeuta pode diminuir. Garfield (1995) também observou que as habilidades do terapeuta ao interpretar o comportamento do cliente e demonstrar entendimento sobre as suas dificuldades parecem reduzir a ansiedade do cliente e motivá-lo quanto à possibilidade de melhora. Esse achado de Garfield (1995) corrobora algumas idéias de Skinner (1953/1993) Nas palavras de Skinner (1953/1993):

assim, como um sistema social organizado se desenvolve, o terapeuta se torna uma importante força de reforço. Se tiver sucesso em fornecer alívio, o comportamento do paciente de voltar a ele em busca de auxílio será reforçado. A aprovação do terapeuta pode vir a ser especialmente eficiente (pp. 208-209).

Segundo Skinner (1953/1993) independente da modalidade que a terapia assumisse havia ali um cliente (alguém que sofre) e um terapeuta (alguém que ouve e detém habilidades para tirá-lo desse sofrimento). A ciência do comportamento pode contribuir para a análise do sofrimento e para a sua superação (Skinner, 1953/1993).

Outro fator indicativo de resultado seria reforçar o comportamento do cliente em sessão (Garfield, 1995). Apesar de terapeutas não comportamentais não admitirem tal comportamento como procedimento, Garfield (1995), constatou que eles, assim como os terapeutas comportamentais, reforçavam comportamentos mais desejáveis do cliente. Outra habilidade importante do terapeuta seria a de esclarecer dúvidas dos clientes, tal comportamento daria suporte às questões levantadas pelos clientes. Por fim, Garfield

(1995) destaca que a capacidade do terapeuta de fornecer tranquilidade e apoio ao cliente e a encorajá-lo a enfrentar seus problemas parece ser mais um fator de resultado para terapias bem sucedidas.

Ainda sobre a relação terapêutica como indicador, Connors et al. (1997), Smith et al. (2004), Meier, Barrowclough e Donmall (2004) e Zuroff et al (2000) descrevem que clientes preparados para mudar e mais adaptados para o início do tratamento são mais propensos a: a) desenvolverem uma aliança terapêutica com seu terapeuta, b) a continuarem no tratamento e c) apresentarem melhores resultados. Em contra partida, algumas características do cliente (ansiedade, severos problemas psiquiátricos e pouca habilidade de confidenciar algo) parecem desfavorecer a interação terapêutica e o modo como ele percebe seu terapeuta (Connors et al., 1997; Zuroff et al., 2000). Variáveis demográficas geralmente não afetam o desenvolvimento da aliança terapêutica, mas algumas pesquisas sugerem que homens preferem uma terapia mais útil e prática, ao passo que mulheres respondem melhor a uma abordagem mais empática e carinhosa (Meier, Barrowclough & Donmall, 2004). Fiorentine, Nakashima e Anglin (1999) concluem que o que os clientes trazem para “dentro” do tratamento é frequentemente menos importante do que eles acham quando chegam lá.

Alguns estudos antigos já tentavam descrever o que seria resultado em psicoterapia, alguns indicadores e fatores que classificariam psicoterapias em bem e mal sucedidas (Greenberg & Pinsof, 1986; Magaret, 1950; Mintz, 1972 e Rice & Kerr, 1986). Greenberg e Pinsof (1986) consideram que o resultado é constituído por uma série de pequenos resultados e que seu estudo deveria ocorrer em momentos intermediários ao invés de uma medida única ao final do processo. Rice e Kerr (1986) destacam que resultado é um conjunto complexo de variáveis.

Em 1949, Ann Magaret apresentou um simpósio com o título “Aprendizagem e Psicoterapia” em uma reunião da Associação Psicológica do Centro-Oeste, em Chicago. Após sua apresentação a autora escreveu um texto sobre a Generalização de Psicoterapias Bem Sucedidas. Nele, Magaret (1950) ressaltou que é mais provável que o terapeuta conceitue de maneira mais molar, do que molecular, uma psicoterapia como bem sucedida e mais livremente descritiva do que rigorosamente quantitativa. A psicoterapia bem sucedida muda as reações de sensibilidade, aumenta a flexibilidade comportamental e o modo de lidar com novos problemas interpessoais tanto dentro do *setting* terapêutico como fora, em situações cotidianas (Magaret, 1950). A generalização da aprendizagem para o contexto cotidiano sugere que o cliente adquiriu, na relação terapêutica, um conjunto de aprendizagens que mesmo após o encerramento do tratamento, o cliente ainda continuará com sua tarefa de socialização. Para Magaret (1950), isso indica que o cliente que melhora é aquele que aprendeu uma variedade de problemas interpessoais na presença do terapeuta.

Mintz (1972) instigado pela pergunta, “o que a experiência da psicoterapia representa para seus beneficiários?”, escreveu que a decisão de como esses benefícios são medidos é extremamente importante. Para o autor, os critérios de medidas são basicamente de dois tipos: (a) medidas explícitas ou implícitas de mudança e (b) avaliação global no final do tratamento que indique “sucesso, satisfação ou melhora”. Para Mintz (1972), em vista dos relatórios de baixa concordância entre os critérios de sucesso, o parecer desenvolvido pelos pesquisadores de psicoterapia garante que o mais sensato é assumir que cada tipo de medida tenha algum critério de validade e que medidas múltiplas representativas devem ser usadas. Já as pequenas mudanças tem sido uma questão aparentemente não explorada (Mintz, 1972). Existem alguns problemas com relação às avaliações globais, uma delas é que essa medida pode ser influenciada pelo viés dos participantes envolvidos, outro motivo é que parece ser duvidoso que todas as medidas

sejam igualmente válidas a todos os clientes (Mintz, 1972). Ao examinar as expectativas de prognóstico, Mintz (1972) considerou razoável que o julgamento do sucesso de um cliente aplicado a um tratamento depende, em certa medida, da extensão em que se pode esperar que o cliente se beneficie. Por exemplo, podem ser consideradas bem sucedidas algumas mudanças de um cliente na qual não se esperava melhoras (Mintz, 1972). Mintz (1972) ainda destaca alguns fatores que influenciam na expectativa do prognóstico: (a) a gravidade das dificuldades – grave contra leve; (b) a cronicidade – mais do que um ou dois anos contra menos de seis meses; (c) os recursos sociais – bom contra moderado - e (d) o ambiente do tratamento – prática privada contra clínica. Com esses critérios, Mintz (1972) aponta que os clientes mais severamente perturbados tendem a mudar mais, se olharmos para as medidas psicométricas, ao passo que clientes menos perturbados tendem a encerrar o tratamento bem mais ajustados. “Deve ser óbvio então que ambos os métodos de avaliação – resultados globais ou classificações de mudança e dados reais entre diferenças pré e pós-tratamentos – apresentam algumas falhas” (Mintz, 1972, p. 18).

Alguns pesquisadores têm afirmado que as percepções do cliente sobre seu terapeuta e sobre o processo terapêutico são os determinantes mais importantes da permanência dos mesmos e dos seus progressos na psicoterapia (Strupp, Fox & Lessler, 1969). Strupp, Fox e Lessler (1969) desenvolveram um estudo com 93 clientes acompanhados por um ano, em suas terapias ambulatoriais em uma unidade grande de saúde mental. Os clientes preencheram um questionário desenvolvido pelos autores relacionados à percepção dos mesmos sobre seus terapeutas. A análise comparou as avaliações dos clientes muito satisfeitos com as dos clientes muito insatisfeitos com a psicoterapia. Os clientes que relataram maior satisfação, em contraposição àqueles que ficaram muito insatisfeitos, descreveram seus terapeutas como mais “quentes”, mais

simpáticos, mais ativos e mais envolvidos e perceberam um efeito mais generalizado e visível em seu comportamento (Strupp, Fox & Lessler, 1969).

Para a realização de uma pesquisa, Knobloch et al (2001) utilizaram como indicador de uma terapia bem sucedida os resultados positivos de um instrumento de medidas de redução de sintomas (*Symptom Checklist-90 Revised*, desenvolvido por Derogatis, 1983), o auto-relato da cliente e do terapeuta e avaliações de observadores externos.

Gassmann e Grawe (2006) observaram uma tendência de que em terapias bem sucedidas, os pacientes mostram uma abordagem mais emocional dos seus problemas (são mais habilidosos em entrar em contato com emoções), ao passo que nas mal sucedidas, os pacientes se esforçam mais para evitar as emoções dolorosas. Eles destacam que isso se correlaciona com os conceitos de psicoterapias que enfatizam o papel de confrontar com as emoções evitadas (Gassmann & Grawe, 2006). Para os pacientes que evitam emoções dolorosas, uma das estratégias do terapeuta poderia ser a intervenção de redução de emoção. Nas terapias mal sucedidas, inicialmente os terapeutas mantiveram um foco maior nos problema dos pacientes e tendiam a ignorar seus recursos. Ao observar que a auto-confiança dos pacientes diminuiu ao longo das sessões, os terapeutas mudaram seus estilos de intervenção e passaram a focar nos bons aspectos funcionais dos mesmos. Mesmo com essa mudança de comportamento dos terapeutas nas terapias mal sucedidas, seus resultados ainda se mantiveram menores do que os dos terapeutas das terapias bem sucedidas que desde o início ativaram os recursos dos pacientes fazendo com que os mesmos entrassem em contato com suas emoções dolorosas (Gassmann & Grawe, 2006).

Shimokaya, Lambert e Smart (2010) analisaram seis grandes estudos que examinaram os efeitos do *feedback* nos resultados dos pacientes, utilizando os resultados dos pacientes de um questionário de monitoramento de progresso terapêutico e um sistema

de alerta para identificar pacientes com risco de falhas no tratamento. Os resultados do progresso dos pacientes com base nesse sistema de alerta foi fornecido aos clínicos para que esses pudessem intervir antes que o tratamento fracassasse. Eles concluíram que as intervenções de *feedback* sobre as melhoras dos pacientes para os terapeutas mostrou-se mais efetivas nos casos com clientes que corriam o risco de abandonar o tratamento. Eles ainda acrescentam uma discussão sobre mecanismos de mudanças em terapias: pacientes que abandonaram o tratamento antes de algumas intervenções serem realizadas apresentaram resultados mais empobrecidos. Isso sugere que quanto mais o paciente com risco de abandonar o tratamento se mantiver em terapia, maior tende a ser seu resultado. Portanto, é importante que o terapeuta se esforce para manter esses pacientes em terapia (Shimokaya, Lambert & Smart, 2010).

Para Zamignani (2008), a grande maioria dos analistas do comportamento tem como certo que o resultado não pode ser reduzido à amenização de sintomas de um dado transtorno psiquiátrico. Portanto, restam algumas questões: seria então o resultado uma medida de qualidade de vida? Ou de satisfação do cliente? Ou uma combinação de todos esses fatores? Qual seria o melhor momento para avaliar esse resultado? E quem tem a melhor condição de avaliar o resultado? O cliente, como consumidor? Ou o terapeuta? Mas o terapeuta interessado em mostrar que seu trabalho dá certo, não teria um viés ainda maior que o do cliente? Resta então um observador externo, mas quem garante que tal observador tão pouco envolvido com o que de fato ocorre na sessão pó ser responsável por tal tarefa? Talvez a solução seja a combinação dessas três fontes (Zamignani, 2008).

Embora as pesquisas de resultados em terapia se esforcem para elucidar pontos relevantes, muitas questões ainda estão muito longe de serem respondidas. Esse tema revela uma área fascinante de estudo, com muitas contribuições já disponíveis para o desenvolvimento de pesquisas e de práticas terapêuticas (Zamignani, 2008).

1.3 Objetivos

Considerando que a categorização de comportamentos em sessão de terapeutas e clientes fornece subsídios relevantes para a compreensão do processo terapêutico e tende a indicar especificidades dessas interações (Zamignani, 2007; Vieira-Santos & Souza, 2007; Barbosa & Tourinho, 2009; Yano, Almeida & Meyer, 2009) este estudo apresenta o seguinte objetivo geral (1) e o seguinte objetivo específico (1.1):

- 1) Verificar se o Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (Zamignani & Meyer, 2007) referente aos comportamentos verbais vocais é capaz de indicar diferenças comportamentais de terapeutas e clientes em terapias consideradas bem e mal sucedidas.

1.1) Caso existam diferenças, serão investigadas quais foram os comportamentos que ocorreram (na interação terapeuta e cliente) em terapias bem sucedidas em comparação a terapias mal sucedidas.

2 Método

2.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram:

A - Quatro terapeutas. Os quatros terapeutas, três mulheres e um homem, possuem formação em psicologia e atendem na abordagem analítico-comportamental. A Terapeuta A, sexo feminino, tem 28 anos de idade e já atendeu 90 casos (incluindo crianças, adolescentes e adultos) em seis anos de experiência como terapeuta. É discente de um Programa de Pós Graduação, *stricto sensu*, em Psicologia Clínica e especialista em Terapia Comportamental. A Terapeuta B, sexo feminino, tem 27 anos de idade, cinco anos de experiência clínica, já atendeu 30 casos e também é discente de um Programa de Pós Graduação, *stricto sensu*, em Psicologia Clínica. A Terapeuta C, 29 anos de idade, é discente de um Programa de Pós Graduação, *stricto sensu*, em Psicologia Experimental e já atendeu 15 casos em seis anos de experiência clínica. O Terapeuta D tem 28 anos de idade, seis anos de experiência clínica e é Mestre em Psicologia Clínica.

B – 29 Clientes. Considerando que o Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapeuta (Zamignani & Meyer, 2007) foi formulado somente para terapias individuais de adultos, todos os 29 participantes eram adultos. Dos 29 clientes, 19 eram mulheres (idades variadas entre 21 e 56 anos) e 10 homens (idades variadas entre 21 e 54 anos). Os 29 clientes foram atendidos em três contextos diferentes: 22 procuraram terapia particular em consultório, seis procuraram terapia fornecida pelo plano de saúde e um deles procurou terapia em uma clínica-escola. Em todos os casos, a sessão teve a duração de 50 minutos.

A Tabela 1 apresenta respectivamente: um número atribuído para a identificação dos clientes, o sexo, as idades dos clientes, estado civil, nível de escolaridade (em alguns

casos não foi possível ter acesso a essa informação), profissão, o local onde a terapia foi realizada e uma letra que corresponde ao terapeuta (Terapeuta A, Terapeuta B, Terapeuta C e Terapeuta D):

Tabela 1. Número de identificação do cliente, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, o local onde a terapia foi realizada, terapeuta que conduziu o caso.

Cliente	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Local da Terapia	Terapeuta
1	Feminino	28	Solteira	Superior Completo	Assistente Social	Consultório	A
2	Feminino	23	Solteira	Superior Incompleto	Auxiliar Administrativa	Plano de saúde	A
3	Feminino	41	Casada	Sem informação	Caixa	Consultório	A
4	Feminino	25	Solteira	Superior Incompleto	Estudante de Psicologia	Consultório	A
5	Feminino	38	Casada	Superior Completo	Funcionária Pública	Clínica Escola	A
6	Feminino	38	Casada	Superior Completo	Administradora	Plano de saúde	A
7	Masculino	31	Solteiro	Superior Completo	Funcionário Público e Estudante de Psicologia	Consultório	A
9	Feminino	22	Solteira	Superior Incompleto	Estudante de Psicologia	Consultório	A
10	Feminino	47	Divorciada	Sem informação	Costureira e funcionária de uma Fábrica	Plano de saúde	A
11	Masculino	31	Solteiro	Superior Completo	Empresário	Consultório	A
12	Masculino	20	Solteiro	Superior Incompleto	Estudante de Direito	Consultório	A
13	Feminino	55	Casada	Sem informação	Dona de Casa	Plano de saúde	A
14	Feminino	44	Solteira	Sem informação	Secretária desempregada	Consultório	A
15	Masculino	28	Solteiro	Superior Incompleto	Estudante de Contabilidade	Plano de saúde	A
16	Feminino	20	Solteira	Superior Incompleto	Estudante de Psicologia	Consultório	A
17	Masculino	41	Casado	Superior Completo	Funcionário Público	Consultório	A
18	Feminino	51	Casada	Sem informação	Sem informação	Consultório	C
19	Masculino	20	Solteiro	Superior Incompleto	Estudante de Psicologia	Consultório	A
20	Feminino	29	Solteira	Superior Completo	Psicóloga	Consultório	A
21	Feminino	28	Solteira	Superior Completo	Assistente e revisora de textos	Consultório	B
22	Masculino	45	Casado	Ensino Médio Completo	Encarregado de uma Fábrica	Consultório	A
23	Masculino	53	Casado	Superior	Administrador	Consultório	A

				Completo			
24	Masculino	25	Solteiro	Superior Completo	Nutricionista	Consultório	A
25	Masculino	32	Casado	Sem informação	Sem informação	Consultório	D
26	Feminino	38	Solteira	Ensino Técnico Completo	Técnica em Enfermagem	Plano de saúde	A
27	Feminino	31	Solteira	Superior Completo	Professora	Consultório	A
28	Feminino	40	Casada	Superior Completo	Gerente de Loja	Consultório	A
29	Feminino	26	Solteira	Superior Completo	Assistente Social	Consultório	A

2.2 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo, aprovou o desenvolvimento deste estudo com o registro CEPH No. 2009.059.

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento no qual autorizaram a utilização dos dados para pesquisa, conforme constam nos Anexos A (Termo de Consentimento para terapeutas) e B (Termo de Consentimento para clientes).

2.3 Materiais, Equipamentos e Instrumentos

Foram utilizados os seguintes materiais e equipamentos:

- Um celular LG com função de gravação de voz, modelo KC910Q;
- Uma câmera filmadora SONY CR-HC24 (para coleta de dados realizada na clínica-escola);
- Um computador notebook da marca HP, modelo HP Pavilion dv6000 equipado com Pacote Office 2007;
- Setenta e sete sessões de terapia, registradas por meio de gravações em áudio;
- Quatro sessões de terapia, registradas por meio de gravações em vídeo;

- Vinte e seis WAIs respondidos pelos clientes (na medida em que três clientes participantes abandonaram a terapia antes da quarta sessão);
- Vinte e seis WAIs respondidos pelos terapeutas (na medida em que três clientes participantes abandonaram a terapia antes da quarta sessão).

2.4 Procedimento de Coleta de Dados

Recrutamento de Participantes – Foram realizados convites a terapeutas, instituições de atendimento clínico e de formação de psicólogos. A pesquisadora pessoalmente realizou convites a três instituições que oferecem cursos de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Apenas dois terapeutas manifestaram interesse em participar. Também foram realizados convites para professores-supervisores (de estágios de atendimento clínico) do Ensino Superior com a finalidade de que seus alunos (terapeutas-estagiários) participassem desse estudo. Alguns supervisores responderam aos convites. No entanto, algumas objeções foram encontradas: a) os supervisores não responderam aos contatos de agendamento de visitas e b) em algumas instituições as exigências solicitadas para a realização dos convites concorria com o tempo, determinado em projeto, da coleta de dados. Duas grandes instituições de atendimento psicoterápico foram convidadas e seus responsáveis recusaram o convite alegando que a participação na pesquisa poderia constranger os clientes, devido à gravação em áudio. Também foram realizados convites a aproximadamente 60 terapeutas. Muitos terapeutas responderam positivamente aos convites, mas algumas dificuldades também foram encontradas: a) os terapeutas não tinham casos de início de terapia de adultos e b) apesar do terapeuta aceitar a participação, seus clientes não aceitaram.

Diante das dificuldades encontradas na seleção dos participantes, a Terapeuta A, que aceitou participar dessa pesquisa, começou a coletar os dados nos diferentes lugares

em que ela atendia: a) seu consultório particular; b) na instituição do plano de saúde na qual ela trabalhava e c) na clínica-escola da instituição na qual ela estudava. É interessante observar que a mesma convidou 28 clientes a participarem e apenas dois recusaram. Embora eles não quisessem participar da pesquisa, eles continuaram normalmente em terapia. A Terapeuta A coletou 26 das 29 terapias deste estudo. Os outros três terapeutas que se disponibilizaram a participar conseguiram coletar cada um, mais um cliente (resultando em três clientes).

Instrumentos para a coleta de dados – os instrumentos para a coleta de dados foram:

- As gravações ou filmagens das quatro sessões iniciais da terapia (considerando que a relação terapêutica é formada no início do tratamento psicológico - Connors et al., 1997; Barber et al., 1999; Barber et al., 2000; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Jordan, 2003);
- O Inventário de Aliança Terapêutica (WAI), desenvolvido por Horvath e Greenberg (1989), é um instrumento metateórico formado de um questionário para o terapeuta, um para o cliente e outro para um observador. Este estudo utilizou apenas o WAI na versão terapeuta e cliente. As três versões (terapeuta, cliente e observador) apresentam três subescalas com doze questões cada, na qual as questões podem ser avaliadas em sete níveis: sempre, muito frequentemente, frequentemente, às vezes, ocasionalmente, raramente e nunca. As subescalas são: Objetivos – negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia; Tarefas – atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para promover mudanças; Vínculo – ligações pessoais entre terapeuta e cliente (amizade, simpatia, confiança, respeito) (Horvath & Greenberg, 1989);

- Eixo 1 do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica, desenvolvido por Zamignani e Meyer (2007), no que corresponde aos comportamentos verbais do terapeuta e do cliente, na medida em que algumas sessões das terapias foram gravadas em áudio, impossibilitando a categorização de comportamentos não verbais.

Procedimentos da coleta e tratamento dos dados – o seguinte procedimento foi realizado:

- a) Mediante a aceitação do terapeuta, o mesmo convidou seu cliente a participar;
- b) Ambos, terapeuta e cliente, assinaram o termo de consentimento (Anexo A e B);
- c) Terapeuta gravou em áudio ou filmou as quatro sessões iniciais da terapia;
- d) No final da quarta sessão, o terapeuta respondeu o WAI na versão terapeuta e o cliente respondeu o WAI na versão cliente;
- e) As gravações das quatro sessões e os respectivos WAIs foram entregues à pesquisadora - Da amostra de 29 terapias entregues à pesquisadora, o WAI foi respondido, na quarta sessão, por 26 clientes e seus respectivos terapeutas. Nas terapias com os Clientes 3, 10 e 14 o WAI não foi respondido uma vez que os mesmos abandonaram o tratamento antes da quarta sessão;
- f) Com base na literatura de indicadores de resultados em psicoterapia (Greenberg & Pinsof, 1986; Magaret, 1950; Mintz, 1972; Rice & Kerr, 1986), foi criada uma medida de Resultado, com critérios mistos, que estivesse em consonância com os princípios da abordagem analítico-comportamental. Sendo assim, considerou-se terapia bem sucedida aquela que apresentou concomitantemente:
 - Os maiores resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAIs);

- Mudança de comportamento do cliente em sessão: cliente se comportou de forma incompatível com seus comportamentos-problemas e foi capaz de analisar seu próprio comportamento, descrevendo funcionalmente os mesmos;
- Mudança no relato do cliente referente a situações fora do ambiente terapêutico e/ou relatos de melhora: cliente relatou comportamentos incompatíveis com seus comportamentos-problemas ocorridos em situações cotidianas. Por exemplo, cliente contou que conseguiu enfrentar uma situação difícil, conseguiu se comportar de uma forma diferente, conseguiu compreender com maior tranquilidade eventos anteriormente considerados pré-aversivos ou aversivos.

Em contrapartida considerou-se terapia mal sucedida aquela que apresentou concomitantemente:

- Os piores resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAIs);
- Nenhuma mudança de comportamento do cliente em sessão: cliente não apresentou comportamentos incompatíveis aos seus comportamentos-problemas e não foi capaz de analisar ou descrever funcionalmente seu próprio comportamento;
- Nenhuma mudança no relato do cliente referente a situações fora do ambiente terapêutico e/ou nenhum relato de melhora: cliente não relatou comportamentos incompatíveis com seus comportamentos-problemas ocorridos em situações cotidianas.

Delineamento – para responder ao objetivo desse trabalho, foi escolhido o delineamento de grupo, na medida em que o objetivo era selecionar os casos com resultados mais contrastantes entre as terapias bem e mal sucedidas, isto é, selecionar os melhores casos das terapias bem sucedidas e os piores casos das terapias mal sucedidas para, posteriormente, categorizá-los de acordo com o comportamento verbal vocal do Eixo

1 do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani e Meyer, 2007) e analisá-los.

- g) Das 29 terapias, 26 foram categorizadas em bem ou mal sucedidas (os Clientes 3, 10 e 14 abandonaram o tratamento antes da quarta sessão);
- h) Foram então selecionadas doze terapias, sendo seis terapias bem sucedidas e seis terapias mal sucedidas. Em tais terapias, a quarta sessão foi inicialmente transcrita por uma pessoa da confiança da pesquisadora, que assinou um Termo de Responsabilidade (Anexo C) garantindo a proteção da identidade dos participantes, o sigilo absoluto de quaisquer informações contidas nas sessões a que teve acesso, assim como, a devolução à pesquisadora de todo o material utilizado, sem a realização de cópias. No entanto, ao iniciar a categorização, a pesquisadora teve acesso aos áudios das sessões e às transcrições e constatou que as mesmas continham diversos erros: a pessoa que transcreveu as sessões teve dificuldades em compreender alguns conteúdos dos áudios e também não conseguiu distinguir as falas das terapeutas das falas de algumas clientes (transcrevendo então falas da terapeuta como sendo de cliente e vice e versa). Diante do grande número de erros encontrados, a pesquisadora revisou todas as transcrições novamente e confeccionou uma transcrição mais fiel das sessões. Em posse dessas transcrições, as quartas sessões foram categorizadas de acordo com o comportamento verbal vocal do Eixo 1 do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani e Meyer, 2007) para terapeuta e cliente. As falas dos terapeutas foram categorizadas em: solicitação de relato (SRE), facilitação (FAC), empatia (EMP), informação (INF), solicitação de reflexão (SRF), recomendação (REC), interpretação (INT), aprovação (APR), reprovação (REP), outras vocal terapeuta (TOU), T silêncio (TSL). As falas dos clientes foram

categorizadas em: solicitação (SOL), relato (REL), metas (MET), relações (CER), concordância (CON), oposição (OPO), outras vocal cliente (COU), C silêncio (CSL);

- i) Também foram contados os números de caracteres das quartas sessões das doze terapias (seis bem sucedidas e seis mal sucedidas), referentes aos caracteres totais, dos terapeutas e dos clientes. Também foram contados os números de interações verbais nas terapias (por exemplo, terapeuta solicita relato e cliente relata, nesse evento ocorreu uma interação verbal).
- j) Para verificar se existiu uma diferença significativa, entre a categorização das terapias bem e mal sucedidas, foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 13 e realizadas: uma análise descritiva da média, o teste “*Independent-Samples T-Test*” e o Teste “U” de Mann-Whitney. Para verificar se havia uma correlação entre os resultados das categorias, foi utilizado o coeficiente de correlação “*Spearman's rho*”.

3 Resultados e Discussão

Este estudo possui uma amostra de 29 terapias. Destas, 26 terapias foram categorizadas em bem ou mal sucedidas. Em três terapias, os clientes 3, 10 e 14 abandonaram o tratamento antes da quarta sessão, não respondendo o Inventário de Aliança Terapêutica (WAI), que foi usado como um dos critérios da categorização em terapias bem ou mal sucedidas.

3.1 Aplicação dos Critérios de Inclusão e Exclusão

3.1.1 Resultados do Critério 1 – Maiores e Menores Resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI)

Como não há uma maneira única de se analisar o WAI (Prado, 2002; Prado & Meyer, 2004) e a maneira de determinar se um dado resultado do WAI é alto (alta aliança terapêutica) ou baixo (baixa aliança terapêutica) é baseada numa análise estatística intra-amostra ou numa análise auxiliada por outros instrumentos, ou possivelmente comparando resultados de diferentes estudos (Prado, 2002), os 26 resultados em relação à avaliação dos terapeutas e 26 resultados em relação à avaliação dos clientes foram separados da seguinte forma:

- a) Primeiramente selecionaram-se os 26 resultados referentes às avaliações dos clientes, uma vez que a literatura demonstra que as avaliações dos clientes tendem a ser mais preditivas de resultados (Horvath & Symonds, 1991);
- b) Os resultados dos clientes foram organizados em ordem crescente, da menor avaliação de aliança terapêutica à maior avaliação, com o objetivo de separar os

resultados que tiveram valores diferenciados entre si, constituindo as piores e as melhores avaliações;

- c) De acordo com a ordem crescente dos resultados das avaliações dos clientes, tais resultados foram divididos em *quartis*.

Os resultados do WAI dos clientes variaram entre 5,50 para o mais baixo e 6,94 para o mais alto. O primeiro *quartil* foi formado pelos clientes 18, 29, 12, 27, 20 e 22 e os resultados variam entre 5,50 e 5,75. O segundo *quartil* foi formado pelos clientes 17, 24, 26, 7, 23, 13 e 2 e os resultados variam entre 5,81 e 6,25. O terceiro *quartil* foi formado pelos clientes 11, 15, 25, 9, 8, 19 e os resultados variam entre 6,25 e 6,33. O quarto *quartil* foi formado pelos clientes 16, 1, 4, 5, 21 e 28 e os resultados variam entre 6,39 e 6,94. A Figura 1 explicita os 26 resultados dos clientes divididos em *quartis*. Apesar de existir variação entre o resultado mais baixo (5,50) e o resultado mais alto (6,94), é possível observar que o resultado do WAI dos clientes não teve uma grande variação entre si na divisão em *quartis*.

Figura 1. Resultados dos WAIs dos clientes divididos em *quartis*.

Os resultados do WAI presentes na literatura indicam um valor médio de resultados de clientes entre 5,16 e 6 (Prado, 2002). No presente estudo, o valor médio de resultados

de clientes variou entre 5,50 e 6,94. Tal dado sugere que os resultados desse estudo encontraram-se na média e um pouco acima da média dos valores médios de resultados de clientes encontrados na literatura (Prado, 2002).

Após a divisão dos resultados dos clientes em *quartis*, foram agrupados, respectivamente, os resultados dos WAIs dos seus terapeutas. A Tabela 2 apresenta o número de identificação do cliente, seu respectivo terapeuta, o local em que ocorreu a terapia, a média crescente dos resultados dos clientes do WAI e a respectiva média dos resultados dos seus terapeutas.

Tabela 2. Número de identificação do cliente, respectivo terapeuta, local onde a terapia foi realizada, média crescente dos resultados do WAIs dos clientes e respectivas médias dos resultados dos WAIs dos terapeutas.

Cliente	Terapeuta	Local da Terapia	Resultados WAI Clientes	Resultados WAI Terapeuta
18	C	Consultório	5,50	5,81
29	A	Consultório	5,61	6,81
12	A	Consultório	5,64	6,19
27	A	Consultório	5,69	6,44
20	A	Consultório	5,72	6,64
22	A	Consultório	5,75	6,28
17	A	Consultório	5,81	6,17
24	A	Consultório	5,81	6,94
26	A	Plano de Saúde	5,89	6,69
7	A	Consultório	5,92	6,42
23	A	Consultório	6,17	6,81
13	A	Plano de Saúde	6,19	6,19
2	A	Plano de Saúde	6,25	5,67
11	A	Consultório	6,25	6,22
15	A	Plano de Saúde	6,28	6,00
25	D	Consultório	6,28	5,28
9	A	Consultório	6,31	6,39
8	A	Consultório	6,33	6,81
19	A	Consultório	6,33	6,31
16	A	Consultório	6,39	6,67
1	A	Consultório	6,47	6,50
4	A	Consultório	6,50	6,69
5	A	Consultório	6,72	6,19
21	B	Consultório	6,75	6,36
28	A	Consultório	6,81	6,39
6	A	Plano de Saúde	6,94	6,25

Pode-se observar que nos piores resultados de avaliação terapêutica dos clientes (Clientes 18, 29, 12, 27, 20, 22, do primeiro *quartil*), seus respectivos terapeutas tenderam

a avaliar a aliança terapêutica de forma mais positiva que seus clientes. Ao passo que nos melhores resultados de avaliação terapêutica dos clientes (Cliente 16, 1, 4, 5, 21, 28, 6, do quarto *quartil*) os resultados de seus terapeutas parecem estar em maior sintonia com os dos seus clientes. A média dos resultados dos Clientes e dos Terapeutas, nesse último *quartil*, foi de 6,47 a 6,94 (clientes) e 6,19 a 6,69 (terapeuta). Tais resultados, de Clientes e Terapeutas corresponderam aos mais altos encontrados nesse estudo e chegaram a ultrapassar a média apresentada pela literatura de 5,16 a 6, no resultado dos clientes (Prado, 2002). Os altos resultados encontrados nos WAIs no quarto *quartil* tendem a indicar a formação de uma boa aliança terapêutica das díades: Cliente 16 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A, Cliente 21 e Terapeuta B, Cliente 28 e Terapeuta A e Cliente 6 e Terapeuta A. Ao passo que os mais baixos resultados dos WAIs de Clientes, encontrados neste estudo no primeiro *quartil*, e a discrepância entre as avaliações dos Clientes e de seus respectivos Terapeutas, podem sugerir um questionamento maior em torno da formação de uma boa aliança terapêutica entre as díades: Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 29 e Terapeuta A, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 27 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A e Cliente 22 e Terapeuta A (apesar da discrepância entre as avaliações dos Clientes e Terapeutas ser menor nas díades do Cliente 18 e Terapeuta C e do Cliente 22 e Terapeuta A).

3.1.2 Resultados dos Critérios 2 e 3 – Mudanças de comportamento do cliente em sessão e Relatos de melhora do cliente e a Classificação em Terapias Bem ou Mal Sucedidas

Os quatro terapeutas participantes avaliaram se seus clientes atendiam ou não os Critérios 2 (mudança de comportamento do cliente em sessão) e 3 (relatos de melhora do

cliente). A pesquisadora também escutou as quatro primeiras sessões das 25 terapias corroborando a avaliação.

A Tabela 3 mostra se os Critérios 2 e 3 estiveram ou não presentes nas 25 terapias. Tal tabela apresenta ainda, o número de identificação de cada cliente, seu respectivo terapeuta, os resultados dos WAIs dos Clientes em ordem crescente e a classificação das Terapias em Bem ou Mal sucedidas ou com classificações intermediárias.

Tabela 3. Número de identificação do cliente, respectivo terapeuta, resultado dos WAIs dos clientes em ordem crescente, a qual Quartil esses resultados se referiram, presença ou não do Critério 2 - mudança do comportamento do cliente em sessão, presença ou não do Critério 3 – relatos de melhora do cliente e a Classificação da Terapia em Bem ou Mal Sucedida ou classificação intermediária.

Cliente	Terapeuta	Critério 1	Quartis	Critério 2	Critério 3	Classificação da Terapia
18	C	5,50	Primeiro Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
29	A	5,61	Primeiro Quartil	Presente	Presente	Intermediária
12	A	5,64	Primeiro Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
27	A	5,69	Primeiro Quartil	Presente	Presente	Intermediária
20	A	5,72	Primeiro Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
22	A	5,75	Primeiro Quartil	Presente	Presente	Intermediária
17	A	5,81	Segundo Quartil	Não Presente	Presente	Intermediária
24	A	5,81	Segundo Quartil	Presente	Não Presente	Intermediária
26	A	5,89	Segundo Quartil	Presente	Presente	Intermediária
7	A	5,92	Segundo Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
23	A	6,17	Segundo Quartil	Não Presente	Presente	Intermediária
13	A	6,19	Segundo Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
2	A	6,25	Segundo Quartil	Presente	Presente	Intermediária
11	A	6,25	Terceiro Quartil	Presente	Presente	Intermediária
15	A	6,28	Terceiro Quartil	Presente	Presente	Intermediária
25	D	6,28	Terceiro Quartil	Não Presente	Não Presente	Mal Sucedida
9	A	6,31	Terceiro Quartil	Não Presente	Não Presente	Intermediária
8	A	6,33	Terceiro Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
19	A	6,33	Terceiro Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
16	A	6,39	Quarto Quartil	Não Presente	Não Presente	Intermediária
1	A	6,47	Quarto Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
4	A	6,50	Quarto Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
5	A	6,72	Quarto Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
21	B	6,75	Quarto Quartil	Presente	Presente	Bem Sucedida
28	A	6,81	Quarto Quartil	Não Presente	Não Presente	Intermediária
6	A	6,94	Quarto Quartil	Não Presente	Não Presente	Intermediária

Pode-se destacar que em algumas terapias pertencentes às piores avaliações de aliança terapêutica (primeiro *quartil*), os clientes apresentaram mudança de comportamento em sessão (Critério 2) e relatos de melhora (Critério 3), como é o caso da

terapia dos Clientes 29, 27 e 22. Também é interessante ressaltar que em algumas terapias pertencentes às melhores avaliações de aliança terapêutica (quarto *quartil*), alguns clientes não apresentaram mudança de comportamento em sessão (Critério 2) e não relataram melhoras (Critério 3), como é o caso dos Clientes 16, 28 e 6. Esses dados sugerem que os resultados do WAI, quando analisados isoladamente, não apresentaram um caráter preditivo de resultado das terapias. E o incremento de outros critérios (o critério misto) para a classificação das terapias entre bem e mal sucedidas fizeram-se necessários.

Das 26 terapias:

- Seis foram consideradas bem sucedidas, pois os clientes apresentaram uma correlação entre os melhores resultados de WAIs (Critério 1), juntamente com uma mudança de comportamento em sessão (Critério 2) e relatos de melhora (Critério 3). É o caso da terapia com as díades: Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B;
- Seis foram consideradas mal sucedidas, pois os clientes apresentaram uma correlação entre os piores resultados de WAIs (ausência do Critério 1), nenhuma mudança de comportamento em sessão (ausência do Critério 2) e nenhum relato de melhora (ausência do Critério 3). É o caso da terapia com as díades: Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A;
- E 14 foram consideradas Terapias Intermediárias, na medida em que não apresentaram os melhores de WAIs (Critério 1), juntamente com uma mudança de comportamento em sessão (Critério 2) e relatos de melhora (Critério 3), embora tenham apresentados alguns dos critérios isoladamente. É

o caso da terapia com as díades: Cliente 29 e Terapeuta A, Cliente 27 e Terapeuta A, Cliente 22 e Terapeuta A, Cliente 17 e Terapeuta A, Cliente 24 e Terapeuta A, Cliente 26 e Terapeuta A, Cliente 23 e Terapeuta A, Cliente 2 e Terapeuta A, Cliente 11 e Terapeuta A, Cliente 15 e Terapeuta A, Cliente 9 e Terapeuta A, Cliente 16 e Terapeuta A, Cliente 28 e Terapeuta A e Cliente 6 e Terapeuta A.

Com o estabelecimento do critério misto foi possível selecionar os piores casos das terapias mal sucedidas e os melhores casos das terapias bem sucedidas.

3.2 Categorização da Quarta Sessão das Terapias Bem e Mal Sucidadas

Esta seção apresentará a categorização das quartas sessões das seis terapias consideradas bem sucedidas e das seis terapias consideradas mal sucedidas por meio do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica, no que se refere aos comportamentos verbais vocais (SiMCCIT) (Zamignani & Meyer, 2007). Foi escolhida a quarta sessão, pois o WAI foi respondido nessa sessão.

3.2.1 Categorizações das Quartas Sessões das seis Terapias Bem Sucidadas

Nas quartas sessões das díades, Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B, consideradas Terapias Bem Sucidadas, os comportamentos verbais dos terapeutas e dos clientes foram categorizados pela pesquisadora. Nos momentos de dúvida, a pesquisadora ouviu novamente o áudio da sessão e consultou minuciosamente os critérios que sustentam as definições de cada categoria do Sistema.

3.2.1.a Categorização do comportamento verbal vocal dos Terapeutas na quarta sessão das Terapias Bem Sucedidas

São apresentadas as porcentagens das categorias dos Terapeutas nas quartas sessões das Terapias Bem Sucedidas, calculadas sobre o total dos comportamentos dos seis terapeutas. O Apêndice A apresenta o resultado em porcentagem das categorizações do comportamento do terapeuta e do cliente na quarta sessão das Terapias Bem Sucedidas por diáde.

O comportamento verbal vocal dos terapeutas nas quartas sessões das Terapias Bem Sucedidas foi categorizado em: solicitação de relato (SRE), facilitação (FAC), empatia (EMP), informação (INF), solicitação de reflexão (SRF), recomendação (REC), interpretação (INT), aprovação (APR), reprovação (REP), outras vocal terapeuta (TOU) (Zamignani & Meyer, 2007). A Figura 2 apresenta em porcentagem as categorias encontradas nas falas dos Terapeutas:

Figura 2. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas das díades: Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Bem Sucedidas.

Dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas, a Categoria Facilitação (FAC) correspondeu a 28%, seguida por Solicitação de Relato (SRE) com 22%, Empatia (EMP) com 20%, Interpretação (INT) com 15%, Solicitação de Reflexão (SRF) e Aprovação (APR), com 3% cada uma, Recomendação (REC) e Outras Verbais Terapeuta (TOU) com 1% cada uma, Informação (INF) com 7% e Reprovação (REP). Tal dado aponta que FAC, SRE, EMP e INT corresponderam a 84% das intervenções realizadas pelos terapeutas na quarta sessão das Terapias Bem Sucedidas.

3.2.1.b Categorização do comportamento verbal vocal dos Clientes na quarta sessão das Terapias Bem Sucedidas

São apresentadas as porcentagens das categorias dos Clientes nas quartas sessões das Terapias Bem Sucedidas, calculadas sobre o total dos comportamentos dos seis terapeutas.

O comportamento verbal vocal dos clientes nas quartas sessões das Terapias Bem Sucedidas foi categorizado em: solicitação (SOL), relato (REL), metas (MET), relações (CER), concordância (CON), oposição (OPO), outras vocal cliente (COU) (Zamignani & Meyer, 2007). A Figura 3 esboça as porcentagens das categorias encontradas nas falas dos Clientes:

Figura 3. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes das díades: Cliente 8 e Terapeuta A, Cliente 19 e Terapeuta A, Cliente 1 e Terapeuta A, Cliente 4 e Terapeuta A, Cliente 5 e Terapeuta A e Cliente 21 e Terapeuta B categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Bem Sucedidas.

Dos comportamentos verbais vocais dos Clientes, a Categoria Relato (REL) correspondeu a 62%, seguida por Concordância (CON) com 22%, Estabelecimento de Relações (CER) com 8%, Solicitação (SOL) com 6%, ambas, Oposição (OPO) e Outras Verbais Cliente (COU) com 1% cada uma e as demais Metas (MET), Melhora (MEL) com 0% cada uma. Esses resultados apontam que mais da metade das falas dos clientes na quarta sessão referiram-se a relatos sobre eventos (REL), com 62%. Em 22% dos comportamentos verbais vocais, os clientes concordaram (CON) com seus terapeutas.

As Figuras 2 e 3 demonstram que, nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, as falas dos terapeutas foram mais bem distribuídas em quatro categorias (FAC, SRE, EMP e INT) ao passo que as falas dos clientes ficaram mais concentrada na categoria REL.

3.2.2 Categorizações das Quartas Sessões das seis Terapias Mal Sucedidas

As quartas sessões das díades, Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A, consideradas Terapias Mal Sucedidas, foram transcritas e os comportamentos verbais dos terapeutas e dos clientes foram categorizados por meio do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica, referente aos comportamentos verbais vocais (SiMCCIT) (Zamignani & Meyer, 2007).

3.2.2.a Categorização do comportamento verbal vocal dos Terapeutas na quarta sessão das Terapias Mal Sucedidas

São apresentadas as porcentagens das categorias dos Terapeutas nas quartas sessões das Terapias Mal Sucedidas, calculadas sobre o total dos comportamentos dos seis terapeutas. O Apêndice B apresenta o resultado em porcentagem das categorizações do comportamento do terapeuta e do cliente na quarta sessão das Terapias Mal Sucedidas por díade.

Dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas, a Categoria Facilitação (FAC) correspondeu a 41%, seguida por Empatia (EMP) com 18% e Solicitação de Relato (SRE) com 17%. Interpretação (INT) apareceu com 9%, Solicitação de Reflexão (SRF) e Aprovação (APR), com 4% cada uma, Informação (INF) com 3%, Recomendação (REC) 2%, Outras Verbais Terapeuta (TOU) com 1% e Reprovação (REP) com 0%, conforme ilustra a Figura 4:

Figura 4. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas das díades: Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Mal Sucedidas.

Pode-se observar que 41% das falas dos terapeutas corresponderam a FAC. Somando-se os resultados das duas categorias seguintes com maiores porcentagens EMP e SRE, encontramos um total de 35%. Isso indica que FAC ocorreu em maior porcentagem do que a soma das porcentagens das categorias EMP e SRE.

3.2.2.b Categorização do comportamento verbal vocal dos Clientes na quarta sessão das Terapias Mal Sucedidas

São apresentadas as porcentagens das categorias dos Clientes nas quartas sessões das Terapias Mal Sucedidas, calculadas sobre o total dos comportamentos dos seis terapeutas.

A Figura 5 apresenta as porcentagens das categorias encontradas no comportamento verbal vocal dos Clientes:

Figura 5. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes das díades, Cliente 18 e Terapeuta C, Cliente 12 e Terapeuta A, Cliente 20 e Terapeuta A, Cliente 7 e Terapeuta A, Cliente 13 e Terapeuta A e Cliente 15 e Terapeuta A categorizados segundo o SiMCCIT na quarta sessão das Terapias consideradas Mal Sucedidas.

A Categoria Relato (REL) correspondeu a 74%, seguida por Concordância (CON) com 14%, Estabelecimento de Relações (CER) com 7%, Solicitação (SOL) com 2%, ambas, Oposição (OPO) e Metas (MET) com 1%, cada uma e Outras Verbais Cliente (COU) e Melhora (MEL) com 0%.

3.2.3 Comparação da categorização das quartas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas

As categorizações das seis sessões das Terapias Bem Sucedidas foram comparadas com a seis sessões das Terapias Mal Sucedidas. Para verificar se existiu uma diferença significativa, entre alguma das categorias do terapeuta e do cliente, foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 13. Foi realizada uma análise descritiva da média, o teste “*Independent-Samples T-Test*” e o Teste “U” de Mann-Whitney. Tais cálculos estatísticos constataram que não houve diferenças significativas entre as categorias dos terapeutas e as categorias dos clientes nas Terapias Bem e Mal

Sucedidas. A Figura 6 apresenta uma comparação dos resultados referentes às categorias do Terapeuta, em porcentagem:

Figura 6. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Terapeutas, segundo o SiMCCIT, nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.

Os cálculos estatísticos realizados constataram que não houve uma diferença significativa entre as categorias SRE, FAC, EMP, INT, SRF, APR, REC, TOU, INF e REP nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas. Embora não exista uma diferença estatisticamente significativa, é possível verificar que houve uma pequena diferença na categoria SRE, na qual, nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, a porcentagem de SRE dos terapeutas foi de 22%, contra 17%, nas sessões das Mal Sucedidas. Uma diferença maior pôde ser observada na categoria FAC. Nas sessões das Terapias Mal Sucedidas, os terapeutas tenderam a realizar mais FAC, com 41%, do que os terapeutas nas sessões das terapias Bem Sucedidas, com 28%. A EMP, SRF e APR mostraram-se muito semelhantes. A INT mostrou-se um pouco maior nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, 15%, do que nas sessões das Mal Sucedidas, 9%. Referente à categoria INF, nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, parece que os terapeutas tenderam a informar um pouco mais (7%) do que nas sessões das Terapias Mal Sucedidas (3%).

A baixa porcentagem da categoria REP nas duas terapias pode ser relacionada com a proposta de Skinner (1953/1993) da audiência não punitiva. Terapeutas Analítico-Comportamentais evitam tecer avaliações negativas sobre o comportamento do seu cliente, pois se o comportamento do terapeuta sinalizar punição, a probabilidade do cliente de falar sobre determinados assuntos pode diminuir (Baptistussi, 2001).

A porcentagem da categoria EMP (20% nas Terapias Bem Sucedidas e 18% nas Mal Sucedidas) não ter se diferenciado nas duas terapias pode estar relacionado com o fato de que a empatia é vista como uma habilidade fundamental para a formação de uma boa aliança terapêutica (Garfield, 1995; Meyer, 2009; Meyer & Vermes, 2001 e Norcross & Hill, 2004). E os terapeutas participantes desse estudo têm conhecimento dessa importante literatura (Terapeuta D mestre em Psicologia Clínica, as Terapeutas A e B, discentes de um Programa de Pós Graduação, *stricto sensu*, em Psicologia Clínica e a Terapeuta C, em Psicologia Experimental) e podem ter se esforçado para construir uma boa aliança terapêutica.

As categorias do terapeuta de maior porcentagem em ambas as terapias foram FAC, SRE e EMP. As categorias do terapeuta de menor porcentagem em ambas as terapias foram SRF, APR, REC e REP. Tais resultados corroboram com os achados no estudo de Sadi (2011), que também encontrou FAC, SRE e EMP como as categorias do terapeuta de maior porcentagem e SRF, APR, REC e REP com menores porcentagens (Sadi, 2011).

A Figura 7 apresenta uma dispersão dos dados das categorias do terapeuta em cada uma das doze sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas. Em cor vermelha está o resultado das categorizações realizadas nas sessões das Terapias Mal Sucedidas e na cor verde encontram-se os resultados das categorizações das sessões das Terapias Bem Sucedidas:

Figura 7. Frequência das categorias do Terapeuta nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).

Com a Figura 7, é possível analisar que a categoria FAC foi a que aparentemente revelou maior diferença (embora estatisticamente não exista diferença significativa). No entanto, essa diferença ocorreu porque em apenas duas sessões (das Terapias Mal Sucedidas) o terapeuta Facilitou muito mais frequentemente. Caso isso não tivesse acontecido, a diferença da FAC nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas poderia ser menor. O mesmo aconteceu com a categoria INT. A INT mostrou-se um pouco maior nas sessões das Terapias Bem Sucedida, pois o terapeuta realizou muitas interpretações em dois dos seis casos. A categoria INF, também foi bem mais utilizada em apenas uma das Terapias Bem Sucedidas. Apesar da média da categoria SRE não apresentar uma diferença significativa entre as terapias, tal categoria tendeu a ser um pouco mais frequente em todas as sessões das Terapias Bem Sucedidas do que nas sessões das Terapias Mal Sucedidas. A Figura 8 apresenta a frequência dos resultados da categoria SRE entre as terapias bem e mal sucedidas. Por meio dela, é possível visualizar que com a exceção de um caso da Terapia Bem Sucedida na qual a Terapeuta solicitou relato apenas uma vez, nas sessões da Terapia Mal Sucedida, os Terapeutas tenderam a realizar menos solicitação de relato. Já

nas Terapias Bem Sucedidas, os Terapeutas tenderam a solicitar mais relato, com exceção do caso em que a Terapeuta perguntou somente uma vez.

Figura 8. Frequência dos resultados da categoria SRE nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).

Foi utilizado o coeficiente de correlação “*Spearman's rho*” para verificar se havia uma correlação entre os resultados das categorias do Terapeuta. Foi encontrada uma correlação de 0,94 com significância $p < 0,01$ (teste bi-caudal) entre as categorias FAC e EMP nas sessões das Terapias Bem Sucedidas. Isso significa que nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, FAC e EMP apresentam uma correlação altíssima, ao passo que nas sessões das Terapias Mal Sucedidas, as categorias FAC e EMP apresentaram resultados diferentes, conforme ilustra a Figura 9:

Figura 9. Correlação entre as categorias FAC e EMP nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.

De acordo com a Figura 9, nos três primeiros casos das Terapias Mal Sucedidas, FAC e REL estiveram mais relacionadas entre si, ao passo que nos três últimos, FAC e REL apresentaram diferenças. Nesses casos que o terapeuta facilitou mais (os três últimos) a empatia não acompanhou o aumento.

Com relação à categorização das falas dos clientes, a Figura 10 ilustra a comparação entre os resultados das sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas, em porcentagem:

Figura 10. Porcentagem dos comportamentos verbais vocais dos Clientes, segundo o SiMCCIT, nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.

Assim como nas categorias do terapeuta, os cálculos estatísticos realizados com as categorias dos clientes REL, CON, CER, OPO, COU, SOL, MET e MEL não demonstraram uma diferença significativa entre a categorização das sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas. A categoria CON parece com um resultado um pouco maior nas sessões das Terapias Bem Sucedidas (22%) do que nas sessões das Terapias Mal Sucedidas (14%), uma vez que em dois casos, os clientes concordaram em maior frequência que nas demais sessões (Figura 11). Nas sessões das Terapias Bem Sucedidas, a categoria SOL obteve uma porcentagem discretamente maior (6%) do que as encontradas nas sessões das Terapias Mal Sucedidas (2%). Apesar da média da categoria REL não apresentar uma diferença significativa entre as terapias, a análise dos resultados encontrados e da Figura 11, apontam que os resultados de REL nas Terapias Mal Sucedidas podem ser subdivididos entre muito altos ou muito baixos:

Figura 11. Frequência dos resultados da categoria REL nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).

Nas sessões das Terapias Mal sucedidas, a ocorrência da categoria relato ou foi muito menor ou muito maior que o encontrado nas Terapias Bem Sucedidas. Algumas vezes, o comportamento do cliente de falar muitíssimo ou falar pouquíssimo pode

interferir na formação da aliança terapêutica e na condução do caso, uma vez que com clientes que falam muito pouco, o terapeuta encontra dificuldade de se estabelecer como audiência e de obter informações importantes sobre o caso, ao passo que os cliente que falam muito acabam não dando espaço para o terapeuta realizar intervenções ou as interrompem.

As categorias do cliente de maior porcentagem em ambas as terapias foram REL, CON e CER. As categorias do cliente de menor porcentagem em ambas as terapias foram OPO, MET e MEL. Sadi (2011) também encontrou em maiores porcentagens as categorias REL e CER. No entanto, a CON foi maior neste estudo do que no estudo de Sadi (2011), na qual a CON foi uma das categorias de menor porcentagem, assim como SOL, OPO e MEL. Tais diferenças entre os resultados das categorias CON e SOL encontradas neste estudo e no de Sadi (2011) podem ter ocorrido, pois a cliente no estudo de Sadi era diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

A Figura 12 apresenta uma dispersão dos dados das categorias do cliente em cada uma das doze sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas. Em relação à categoria SOL, pode-se observar uma leve tendência dos clientes, nas sessões das terapias bem sucedidas, a solicitarem mais do que nas sessões das Terapias Mal Sucedidas:

Figura 12. Frequência das categorias do Cliente nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).

Pôde-se verificar a ocorrência de duas correlações significativas entre as categorias do terapeuta e do cliente. A primeira delas corresponde a uma alta correlação “*Spearman's rho*” de 0,96 com significância de $p < 0,01$ (teste bi-caudal) entre as categorias FAC e REL. Isso significa que quanto mais os clientes relatavam, mais seus terapeutas facilitavam seus relatos. A Figura 13 mostra, em frequência, a correlação entre as categorias FAC do terapeuta e REL do cliente:

Figura 13. Correlação entre as categorias do terapeuta FAC e a do cliente REL nas sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas.

A correlação aqui encontrada entre FAC e REL corrobora os resultados de outros estudos (Meyer, 2009; Oshiro, 2011 e Sadi, 2011). Oshiro (2011) desenvolveu um estudo sobre os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) em dois clientes considerados difíceis. Em uma das etapas, ela categorizou os comportamentos de duas díades terapeuta-cliente por meio do SiMCCIT em diferentes fase da terapia: A – linha de base; B1 – introdução da PAF e retirada da PAF e B2 – introdução da PAF e retirada da PAF. Os resultados da categorização, nas diferentes fases, também indicaram que quanto mais os

Clientes. Tal dado revela que, independente da Terapia ser Bem ou Mal Sucedida, os Clientes mantiveram-se falando a maior parte do tempo. A Figura 15 mostra o número de caracteres referentes às falas dos Terapeutas e dos Clientes nas sessões das Terapias Bem e Mal sucedidas:

Figura 15. Frequência dos caracteres dos Terapeutas, dos Clientes e no Total nas seis sessões das Terapias Mal Sucedidas (representadas pela cor vermelha) e nas seis sessões das Terapias Bem Sucedidas (cor verde).

O número das interações verbais não diferenciou nas sessões dos dois tipos de Terapias: 2444 Bem Sucedidas e 2416 Mal Sucedidas. Conforme ilustra a Figura 15, nas sessões de ambas as Terapias, os Terapeutas não apresentaram diferenças em relação ao número de caracteres. Já nas sessões de Terapias Bem Sucedidas, a Figura 15 sugere que os Clientes tiveram um número de caracteres discretamente maior que os Clientes nas sessões das Terapias Mal Sucedidas. Esse dado parece ter influenciado no total, no qual os caracteres das sessões das Terapias Bem Sucedidas tenderam a ser um pouco maior que os das sessões das Terapias Mal Sucedidas.

Apesar de ter sido cogitada a idéia de se realizar uma análise sequencial de atraso (*Lag Sequential Analysis*; Lichtenberg & Heck, 1986), na qual seriam analisadas as

sequências de interações entre terapeutas e clientes, tal idéia foi descartada na medida em que se supôs que as sequências mais altas seriam aquelas que apresentam as frequências mais altas, como demonstram os achados de Sadi (2011).

Uma questão complexa de ser respondida é: a pouca diferenciação encontrada relacionou-se ao fato do SiMCCIT apresentar uma incapacidade de detectar as diferenças? Quando os casos são descritos clinicamente parece haver uma diferença maior. Algumas variáveis dificultam a resposta a essa pergunta. Primeiro, porque a amostra deste estudo contendo 25 terapias pode ser considerada pequena. Com uma amostra maior, seria mais provável encontrar resultados de WAIs mais extremos (as melhores e piores alianças terapêuticas) e mais provável diferenciar melhor Terapias Bem e Mal Sucedidas. Segundo, porque algumas das pequenas diferenças encontradas, em sua maioria, existiram devido ao fato de que alguns participantes (Clientes e/ou Terapeutas) incidiram em determinada categoria de forma a se destacar dos demais participantes das sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas, como foi o caso de um cliente na sessão da Terapia Mal Sucedida, que relatou (categoria REL), em frequência, 300 vezes, como mostra a Figura 40 do Apêndice B. E terceiro, porque o Eixo 1 do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani e Meyer, 2007) referente ao comportamento verbal vocal não diferencia algumas sutilezas verificadas em algumas categorias (melhor descrito na Sessão 5 abaixo). Sendo assim, parece ser necessária a categorização das sessões por outros Eixos do Sistema, como o de temas.

Baseado nesse questionamento apresenta-se uma discussão em torno de algumas observações constatadas por meio das categorizações.

5 Algumas Considerações sobre as Categorias do SiMCCIT e a categorização das sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas

Durante a categorização das sessões deste estudo, algumas observações foram realizadas pela pesquisadora em relação às categorias do cliente propostas pelo SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2007). O Sistema propõe as seguintes categorias para o comportamento verbal vocal do cliente: Solicitação (cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos), Relato (cliente relata eventos), Melhora (cliente relata melhora ou progresso terapêutico), Metas (cliente formula metas), Relações (cliente estabelece relações entre eventos), Concordância (cliente relata concordância ou confiança), Oposição (cliente se opõe, recusa ou reprova), Outras vocal cliente (outras verbalizações do cliente), C silêncio (cliente permanece em silêncio). No entanto, nas categorizações realizadas neste estudo, algumas observações puderam ser constatadas com relação às seguintes categorias: Relato (REL), Relações (CER) e Concordância (CON).

De acordo com o SiMCCIT, estão incluídos na categoria REL: (1) Relato de informações sobre eventos; (2) Relato de eventos anteriormente registrados; (3) Relato de sentimento e emoções; Relato de estados motivacionais ou tendências a ação e (4) Julgamento ou avaliação. Ao categorizar as sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas, tornou-se evidente que apesar da categoria se chamar Relato, alguns tipos de Relato apresentam maior qualidade que outros. Por exemplo, relatos sobre sentimentos e emoções, ou sobre temas considerados difíceis pelo cliente, ou sobre eventos que eliciem respondentes, tendem a ser mais produtivos para o contexto terapêutico do que relatos sobre situações cotidianas supérfluas, ou sobre teorias elaboradas pelo cliente, ou sobre quaisquer outro tema irrelevante.

Embora não tenham sido analisados de forma sistemática, os relatos dos clientes nas sessões de Terapias Bem Sucedidas pareceram ser relacionados a temas mais importantes para o tratamento clínico ou expressos de formas mais objetivas e claras, na qual o terapeuta consegue identificar com maior facilidade a função da fala ou então, onde o relato se encaixa naquela sessão ou época do tratamento. Como é o caso do relato a seguir descrito da Cliente 4 para a Terapeuta A: *“de repente, eu vi ele e na hora eu fiquei muito nervosa e minhas pernas ficaram bambas assim! Aí ele veio vindo, aí ele me cumprimentou com um beijo na bochecha e cumprimentou todo mundo (...) Aí ele me parou na metade do caminho e começou a falar que tinha ficado chateado de me encontrar com toda a galera na rua”*. A Cliente 4 apresentava dificuldades de interação interpessoal e tinha dificuldades de terminar um namoro, considerado por ela, problemático. Nesse relato ela descreve um encontro casual que teve com seu namorado enquanto ela estava na rua com seus amigos. Ela relata como se sentiu ao vê-lo e como ele se sentiu ao vê-la.

Já o Cliente 7 estava contando à Terapeuta A que participou de um Ato Cultural Teatral na qual seu grupo de teatro não foi bem avaliado e isso fez com que ele ficasse insatisfeito com a avaliação dos jurados do evento (tema relevante para um processo terapêutico). Ao falar sobre desempenho de atores, o Cliente 7 inicia um relato sobre um de seus atores preferido. No entanto, no meio do diálogo, ele interrompe o assunto para contar as peripécias que aconteceram para ele conseguir retirar uma ficha de inscrição para um retiro espiritual (o Cliente é ateu). Num primeiro momento, a Terapeuta A achou que o Cliente fosse relatar algum descontentamento com a sua mãe que insistia para que ele procurasse uma religião. No entanto, várias interações se passaram e a Terapeuta constatou que o objetivo do Cliente era falar sobre as dificuldades de se retirar a senha para o retiro e como o mesmo funcionava. Seu relato sobre o retiro foi considerado supérfluo pela

Terapeuta A. O Cliente chega a relatar que está só “fazendo um parêntese” e que depois de contar sobre o retiro, vai voltar a falar sobre teatro. A seguir, segue apenas um trecho da interação ocorrida, como ilustração, pois o Cliente permanece boa parte da sessão relatando esse assunto:

CL7: *Que nem eu gosto muito é do José Wilker. Assim, é o ator que você vê e “putz”! Ele é a profissão dele. Nossa! Cada personagem diferente. Nossa! É muito legal. Ele é meu ícone, entendeu? Ele é muito bom. Ele é muito bom.*

TA: *É, porque você falou “Ô” ator e não verdade não existe “Ô” ator, existem vários, né?*

CL7: *Existem vários, mas assim, sabe? Tem que... Na verdade, que nem... Eu fui fazer um... Minha mãe fica no meu pé: “Ai, vai procurar Deus, vai procurar Deus” e lá lá lá...*

TA: *Sua mãe o que?*

CL7: *Procurar Deus. Ela sabe que eu sou ateu.*

TA: *Hunrum. O que você falou?*

CL7: *Minha mãe sempre fala que ela e o meu irmão têm uma religião, porque todo mundo tem e que só eu não tenho.*

TA: *Tá. Ai ela te trata como ateu? É isso?*

CL7: *É. Ela fala que eu não acredito em Deus e tal. Daí esses dias... Só vou abrir um parêntese e já volto pro teatro.*

TA: *Hunrum.*

CL7: *Daí tem aquele Aldeia, né? A Igreja Católica fala que é tipo um retiro. As pessoas vão e ficam três dias no curso.*

TA: *Tipo um Shalon?*

CL7: *Tipo um Shalon, isso! E assim, daí uma amiga, uma menina da minha sala falou assim: “Ai vai ter o aldeia é legal” e tal tal tal. Eu falei “ai gente, eu não tenho paciência pra essas coisas. Ficar lá no meio do mato com Ave Maria cheia de graça? Ai, não sei se eu vou”. Ela falou assim: “não, é super legal”. Ai, um super amigo meu, que já fez, sempre me falou muito bem. Que é muito bom e que te dá uma lavada na alma, na mente. É uma outra visão. Ai, na sexta-feira eu fui lá. Parecia a inscrição do Big Brother. Gente, o que é isso? Era muita gente, mas muita gente...*

TA: *Você foi na semana passada?*

CL7: *É. “Gente! Eu não vou ficar aqui. Vamos embora. Eu não quero isso. Nossa senhora!”*

TA: *Não quer isso o quê? A fila?*

CL7: *A fila! Eu não queria a fila. Nossa! Se fosse rapidinho. Eu tinha dez minutos pra ir pra faculdade. Eu fui umas seis horas e cheguei na faculdade quase nove. Falei: “Não, vamos, vamos, vamos. Tá muita fila”. Ai eu fui o quinto sorteado.*

TA: *Olha só!*

CL7: *Falei: “gente do céu! Deus quer que eu..”*

TA: *Deus quer que eu vá.*

CL7: *Deus quer que eu vá mesmo. Entendeu? Daí...*

TA: *E você com ódio da fila querendo ir embora.*

CL7: *Super. Nossa, daí “vamos”. Ai, tem uma entrevista. No sábado teve uma entrevista. E a menina perguntou: “o que você espera”? Eu falei: “de verdade? Nada. Eu não sei o que acontece aqui. A única coisa que eu sei é que se você mandar eu rezar Salve a Rainha aqui, eu já vou tá fazendo um pecado porque a única coisa que eu sei é Ave Maria e Pai Nosso”.*

Essas sutilezas de relato não são abrangidas pelo Eixo 1 do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani e Meyer, 2007) referentes ao comportamento verbal vocal. Esse fator dificulta responder a pergunta se o Sistema foi ou não capaz de identificar diferenças, pois sutilezas como essas, o Eixo 1 (comportamentos verbais vocais) não se mostrou capaz de identificar, uma vez que os Relatos são categorizados de forma indiscriminada. E em um contexto de análise clínica, a qualidade dos Relatos influencia a interação terapêutica. Parece ser relevante que outros Eixos do Sistema também sejam utilizados e não apenas o que engloba os comportamentos verbais vocais (Eixo 1). Com relação à categoria REL, acredita-se que a utilização do Eixo 2 Temas seria especialmente importante.

O mesmo problema foi identificado com a categoria Relações (CER). Estão incluídos nessa categoria, segundo Zamignani & Meyer (2007): (1) Estabelecimento de relações explicativas: Cliente fornece razões para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais – relações do tipo "se... então"; (2) Identificação de regularidades, relações de contiguidade ou de correlação entre eventos: Cliente descreve sua observação sobre padrões recorrentes de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal; (3) Atribuição de diagnóstico: Cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas de terceiros, dele mesmo ou do terapeuta; (4) Estabelecimento de síntese: Sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros); (5) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de sentimentos de terceiros que não tenham sido relatadas ou descritas por qualquer pessoa; (6) Previsão sobre eventos futuros: Cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos

seus ou de terceiros e (7) Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de consequências.

Em linhas gerais, os critérios estabelecidos para a Categoria CER englobam o comportamento do cliente de se analisar funcionalmente. Tal comportamento é extremamente relevante para a terapia analítico-comportamental. Esse fator poderia dar um destaque especial à Categoria CER. No entanto, essa Categoria também abrange inferências sobre comportamentos de terceiros e atribuições diagnósticas ou rótulo para seus comportamentos ou de terceiros. Logo, isso sugere que dentro da Categoria CER, alguns estabelecimentos entre eventos realizados pelos clientes também podem ser de maior ou menor qualidade para um contexto terapêutico. O Cliente 12 estabeleceu uma relação entre expressar o que pensa e o que sente, ao invés de ficar quieto e acabar “se remoendo por dentro”: *“eu acho que é bom. Porque eu não fico guardando essas coisas pra mim. Essas coisas me faziam mal e então eu tô falando”*. Esse exemplo explicita um bom estabelecimento entre eventos. Ensinar os clientes a realizarem esse tipo de análise é um dos objetivos da terapia. Já os estabelecimentos entre eventos que se referem à inferência de comportamentos de terceiros ou o estabelecimento de uma relação explicativa ou atribuição de diagnósticos podem, em alguns casos, ser considerados de menor qualidade, do que as análises funcionais feitas por eles. E também podem sugerir equívocos. Um cliente pode considerar que seu problema é uma resultante de experiências de vidas passadas. Na terapia com a Terapeuta A, a Cliente 20 estabeleceu uma relação explicativa para o comportamento do seu ex-namorado de não ligar para ela:

TA: Mas você queria que ele tivesse te ligado?

CL20: Olha, eu não sei. Acho que o normal seria ele ligar. Eu fiquei imaginando que ele estava se esforçando muito para não me ligar.

Enfim, em contexto clínico, muitos estabelecimentos de relações podem não ser tão valiosos como a análise funcional e ambos encontram-se juntos dentro da definição da Categoria CER.

A categoria Concordância (CON) também gerou algumas reflexões. Estão incluídos nessa categoria, segundo Zamignani & Meyer (2007): (1) Avaliações favoráveis sobre o terapeuta: Cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não; (2) Relatos de esperança: Cliente relata que está esperançoso de que o trabalho terapêutico poderá ajudá-lo; (3) Relatos de satisfação: Cliente relata satisfação ou contentamento com os resultados alcançados com a ajuda do terapeuta; (4) Relatos de seguimento de solicitação de reflexão: Cliente relata ter refletido a respeito de interpretações ou recomendações dadas pelo terapeuta; (5) Indicações de atenção: Comentários breves ou expressões vocais curtas emitidas pelo cliente, que sugerem que ele está prestando atenção e que o terapeuta deveria continuar falando. Comentários apresentados após uma descrição do terapeuta, que inferem a continuidade da descrição, sugerindo interesse no assunto e demonstrando que está atento ao relato; (6) Indicações de entendimento: Verbalizações que sugerem compreensão ou entendimento de uma informação, interpretação ou recomendação apresentada pelo terapeuta, seguidas ou não da descrição de eventos que corroboram a análise ou descrição apresentada e (7) Exclamações de concordância: Comentários em forma de exclamação, apresentados após a descrição de eventos por parte do terapeuta, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Dentro da categoria CON, alguns comportamentos do cliente podem ser considerados reforçadores para algumas intervenções do terapeuta, conferindo uma importância especial a essa categoria. O problema observado consiste no fato de que o

Sistema inclui indicações de entendimento (p.ex. “certo”, “claro”) e exclamações de concordância (p. ex “nossa!”, “não acredito”) como sendo critérios da Categoria CON. O que novamente sugere que, em um contexto clínico, a categoria CON não diferenciaria concordâncias mais bem elaboradas do cliente de concordâncias mais simples como “nossa!”.

Talvez esses apontamentos aqui destacados tenham interferido para que os resultados das categorizações das sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas não apresentassem diferenças estatisticamente significativas.

4 Conclusão

O presente estudo pretendeu responder à pergunta: o eixo I correspondente ao comportamento verbal vocal do 'Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica' (SiMCCIT) (Zamignani & Meyer, 2007) é capaz de identificar diferenças entre terapias bem e mal sucedidas quando aplicado às quartas sessões?

Para responder a essa questão, foi empreendido um delineamento de grupo, com a finalidade de selecionar terapias com resultados bem diferenciados entre si, indicando as terapias bem sucedidas em contraposição às terapias mal sucedidas, por meio de um critério misto que envolveu para a seleção das terapias bem sucedidas concomitantemente os maiores resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAIs), mudanças apresentadas no comportamento do cliente em sessão e relatos do cliente de melhora e para a seleção das terapias mal sucedidas, os menores resultados do WAI, nenhuma mudança no comportamento do cliente em sessão e nenhum relato de melhora.

Foram analisadas as quartas sessões de seis Terapias Bem Sucidadas e de seis Terapias Mal Sucidadas, por meio da categorização dos comportamentos verbais vocais do terapeuta e do cliente de acordo com o Eixo 1 do SiMCCIT, no que se refere aos comportamentos verbais vocais. A partir das análises estatísticas das 12 sessões observou-se que nenhuma diferença significativa foi encontrada entre as terapias bem e mal sucedidas, quando comparadas. Uma análise descritiva aponta que com relação aos comportamentos dos terapeutas: nas sessões das Terapias Bem Sucidadas, eles tenderam a perguntar um pouco mais e nas sessões das Terapias Mal sucedidas eles tenderam a facilitar um pouco mais. Com relação aos comportamentos dos clientes: nas sessões das Terapias Bem Sucidadas, eles tenderam a concordar e a solicitar um pouco mais e nas

sessões das Terapias Mal sucedidas, eles ou falaram menos ou mais que os clientes das terapias bem sucedidas, sugerindo que ou eram possivelmente verborrágicos ou monossilábicos.

Algumas correlações entre categorias foram encontradas. A primeira delas pôde ser encontrada nas sessões das Terapias Bem Sucedidas. Nessas terapias, as categorias do terapeuta FAC e EMP correlacionaram positivamente, indicando que o comportamento empático e de facilitar do terapeuta estiveram relacionados entre si, o que não ocorreu nas terapias mal sucedidas em que facilitação predominou. A segunda delas ocorreu entre as categorias REL do cliente e FAC do terapeuta. Nas doze sessões, quanto mais os clientes relatavam mais os terapeutas facilitavam. A última correlação encontrada corresponde à categoria MET do cliente e SRF do terapeuta. Também nas doze sessões, observou-se que quanto mais os terapeutas solicitavam reflexões mais metas os clientes se propunham.

A ausência de diferenças expressivas encontradas neste estudo proporcionou uma discussão a respeito de algumas variáveis que podem ter influenciado tal desfecho: a) a amostra inicial de 26 terapias na qual foram selecionadas as seis bem sucedidas e as seis mal sucedidas pode ser considerada pequena, amostras maiores possivelmente possibilitariam resultados mais diferenciados entre si, b) o Eixo 1 do SiMCCIT referente ao comportamento verbal vocal não diferencia algumas sutilezas verificadas nas categorias REL, CER e CON do cliente. O relato dos clientes nas terapias bem e mal sucedidas pareceu ser diferente, embora não tenha sido realizada uma análise sistemática. Os Clientes das Terapias Bem Sucedidas pareceram apresentar um relato mais relacionado aos seus problemas do que os Clientes das Terapias Mal Sucedidas. O mesmo foi observado com a categoria CER. Os Clientes das Terapias Bem Sucedidas pareceram relacionar os eventos de uma forma mais adequada que os Clientes das Terapias Mal Sucedidas. A concordância dos Clientes ocorreu mais em função de verbalizações mínimas, não sendo

possível discriminar as mesmas de concordâncias mais elaboradas relacionadas com as falas dos terapeutas. Sendo assim, pode-se concluir que o Eixo 1 do SiMCCIT não diferenciou os comportamentos das díades terapeuta-cliente nas Terapias Bem e Mal Sucidadas. A necessidade de ampliar a amostra se faz necessária. A utilização do Eixo 2 Temas e seus qualificadores (ênfoque no tempo e condução do tema) pode revelar algumas outras diferenças ocorridas entres as terapias, pois é fato que por meio de uma análise clínica, as terapias são diferentes. No que tange as pesquisas de processo, estudos que identifiquem essas diferenças de forma sistemática se fazem necessários.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 1-33.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington: APA.
- American Psychological Association (2006). Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence Practice in Psychology. *American Psychology*, 6 (1), pp. 271-328.
- Baptistussi, M. C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Banaco, R. A. (1997). Tendências neo-behavioristas na terapia comportamental: Uma análise sobre a relação terapêutica. Em: P. F. Castro (Org). *Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica da Universidade Mackenzie* (pp. 36-43). São Paulo, São Paulo.
- Barber, J. P. Connolly, M. B. Crits-Christoph, P. Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond in treatment change symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 1027-1032.
- Barber, J. P. Luborsky, L. Crits-Christoph, P, Thase. M. E., Weiss, R., Frank, A. et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychology Research*, 9, pp. 54-73.
- Barbosa, J. I. C., & Tourinho, E. Z., Verbalizações de terapeuta e cliente e estabelecimento de relações na evolução de uma terapia analítico-comportamental. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* Campinas-SP, 2009, Vol. 9, nº 2, pp. 386-406.
- Beitman, B. Goldfried, M. R. & Norcross, J. C. (1989) The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 138-147.
- Canaan, S. & Ribeiro, A. F. (2008). A interpretação de um terapeuta comportamental: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X, pp. 15-27.

- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 685–716.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler L. E, Calhoun K. S. e cols. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), pp. 3–16.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R. & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 588-598.
- Consumer Reports*. (1995, November). Mental health: Does therapy help? 734-739.
- Conte, F. C. S & Brandão, M. Z. S. (1999) Terapia analítico-funcional: a relação terapêutica e a análise comportamental clínica. Em: Kerbauy, R. R; Wielenska, R. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. v. 4. pp. 134-148. Santo André: Arbytes.
- Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures: Manual. Towson, MD: *Clinical Psychometric Research*.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de Contingências do Uso de Orientação e Auto-orientação em Intervenções Clínicas Comportamentais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, M. D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of substance Abuse Treatment*, 17, pp. 199-206.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G., M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, pp. 623-641.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General Change Mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successfull and unsuccessfull therapeutic interactions. *Clinical Psychological and Psychotherapy*, 13, pp. 1-11.

- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: an eclectic-integrative approach*. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research book*. New York: The Guilford Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1989) Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, v 41, pp. 438-448.
- Horvath A. O., & Symonds, B. D. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, pp. 139–149.
- Hartman, S. & Zepf, S. (2003). Effectiveness of psychotherapy in Germany: A replication of the Consumer Report study. *Psychotherapy Research*, 13, pp. 235-242.
- Jardim, A. P. & Gomes, W. B. (1995). Psicoterapia e Personalidade: impacto da interação entre terapeuta e paciente avaliação de resultados. *Revista interinstitucional de Psicologia*, 2, pp. 2-11.
- Jordan, K. (2003). Relating therapeutic working alliance to therapy outcome. *Family therapy*, 30, pp. 95-108.
- Knobloch, L. M.; Endres, L. M.; Stiles, W. B. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: an assimilation analysis. *Psychotherapy*, 8, pp. 31-39.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. (tradução organizada por Rachel Rodrigues Kerbaui) Santo André: ESETEC.
- Kovac, R. (2001). *Uma comparação entre duas propostas metodológicas para a análise do registro de uma interação verbal em uma situação aplicada – o ‘setting’ clínico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP.
- Lichtenberg, J. W. & Heck, E. J. (1986). Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 170-181.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as a predictor of psychotherapy outcome: factors explaining the predictive success. Em: Horvath, A. O. e Greenberg, L. (Orgs.) *The working alliance: theory, research and practice*. Nova Iorque: John Wiley & sons.

- Magaret, A. (1950). Generalization in successful psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, pp.64-70.
- Martins, P. S. (1999). *Atuação de terapeutas estagiários com relação a falas sobre eventos privados em sessões de terapia comportamental*. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Psicologia: Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém-PA.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em: B. P. Rangé (Org). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meyer, S. B. (2009). *Análise de 'solicitação de informação' e 'recomendação' em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de livre-docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Meier, P.S., Barrowclough, C., & Donmall, M.C. (2004). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, pp. 304-316.
- Mintz, J. (1972). What is "success" in psychotherapy? *Journal of Abnormal Psychology*, 80, pp, 11-19.
- Neno, Simone (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém.
- Neto, O. D. & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito "Dodô". *Estudos de Psicologia*, 10, pp. 355-361.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy*, 8, pp. 345-356.
- Norcross, J. C. & Hill, C. E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), pp. 19-24.
- Oliveira-Silva, M. C. O. & Tourinho, E.Z. (2006). Avaliação de duas condições de treino de categorizadores de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8, pp. 39-57.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

- Prado, O. Z. (2002) *Terapia via internet relação terapêutica*. Dissertação de Mestrado. . Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Prado, O. Z. & Meyer, S. B. (2004). Relação Terapêutica: a Perspectiva Comportamental, Evidências e o Inventário de Aliança Terapêutica (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, pp. 201-209.
- Rangé, B. (1995). Relação Terapêutica. Em Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. (pp. 43-66). Campinas, Editorial Psy.
- Rice, L. N. & Kerr, G. P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In: L. S. Greenbert e W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Rocha, G. V. M. (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santos, J. V. (2009). *Comportamento Verbal Vocal do Terapeuta: avaliação de um sistema de categorias e um procedimento de treino*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém.
- Seligman, M. E. P. (1995). A efetividade da psicoterapia – o estudo do relato de consumidores. *American Psychologist*, 50 (12), pp. 965-974.
- Serpa, F. A. G. (2007). *Aquisição, generalização e manutenção de comportamentos sociais em meninos, considerando diferentes repertórios empáticos no passado*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru.

- Smith, S. A., Thamos, S. A., & Jackson, A. C. (2004). An exploration of the therapeutic relationship and counseling outcomes in a problem gambling counseling service. *Journal of Social Work Practice*, 18, pp. 99-112.
- Shimokaya, K.; Lambert, M. J. & Smart, D. W. (2010). Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta-Analytic and Mega-Analytic Review of a Psychotherapy Quality Assurance System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (78), pp. 298-311.
- Shinohara, H. (2000) Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? Em: Kerbauy, R. R. (Org.) *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. vol 5. pp. 229-233. Santo André: SET.
- Skinner, B. F. (1953/1993) *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Strupp, H. H.; Fox, R. & Lesser, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & sons.
- Tourinho, E. Z., Neno, S., Batista, J. R., Garcia, M. G., Brandão, G. G., Souza, L. M., et al. (2007). Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitivo*, 9, pp. 317-336.
- Vieira-Santos, J. & Souza, C. B. A. (2007). *Categorização de verbalizações do processo terapêutico e o operante verbal*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9, pp. 261-275.
- Vermes, J. S., Kovac, R. & Zamignani, D. R. (2007). A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extra-consultório. Em: Zamignani, D. R., Kovac, R. & Vermes, J. S., (Orgs.), *A clínica de portas abertas: Experiências e fundamentação 290 do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*. São Paulo: Paradigma/ESETec.
- Xavier, R. N. (2010). *Probabilidade de transição para o estudo da modelagem em dois estudos de caso de Terapia Analítico-Comportamental Infantil*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Yano, Y. Almeida, A. C., & Meyer, S. B. (2009). Um estudo sobre indicadores de abandono psicoterápico. Em: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org). *Anais do XVIII Encontro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, Campinas, São Paulo: ABPMC.
- Zamignani, D.R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta. Em: Kerbauy, R.R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec Editores Associados, v. 5, pp. 234-243.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2007). *Sistema multidimensional para a categorização e análise de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Em: *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal em contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9, pp. 242-259.
- Zamignani, D. R. (2008). *A pesquisa em psicoterapia: em busca de medidas que revelem os efeitos da psicoterapia*. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=479>, acesso em jan/2012.
- Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente (SiMCCIT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2, pp. 25-45.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J. Sotsky, M. Krupnick, J. L. Martin, D. J. Sanislow, C. A. ... Simmons, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 114-124.

ANEXO A

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE RESPONSABILIDADE DO TERAPEUTA

Termo de Consentimento para Terapeutas

Caro(a) terapeuta,

Vimos por meio deste convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa que está sendo realizada pelo Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo que tem o objetivo de contribuir para a validação de um instrumento de análise de sessões por meio da comparação dos resultados deste com as respostas de um questionário.

Sua participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos sua permissão para que possamos utilizar os dados pertencentes à sessão e a um questionário que por você será respondido. Informamos que seus dados de identificação não serão divulgados, garantindo assim, o seu sigilo pessoal.

Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos a sua pessoa. A qualquer momento você terá a liberdade de desistir da sua participação.

Sua participação envolverá: (a) o preenchimento deste termo, (b) a gravação em áudio das quatro primeiras sessões da terapia, e (c) as respostas de um questionário de Aliança Terapêutica, na versão terapeuta, no qual você irá assinalar o que você pensa ou sente em relação ao seu cliente. O tempo estimado para responder esse questionário é de aproximadamente 10 minutos. O seu cliente também irá responder a esse questionário, na versão cliente.

Reiteramos a garantia do seu anonimato em relação à divulgação ou publicação dos dados que este estudo irá produzir.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio dos telefones 11-30911964 ou 12-91851272, ou e-mail patriciarossi@gmail.com ou junto ao Comitê de ética em pesquisas com seres humanos (CEPH) 11-30970529, registro CEPH No. 2009.059.

São Paulo, ____/____/____.

Prof. Dra. Sonia Beatriz Meyer
RG 4315790
CRP 06/8869
Docente do Departamento de Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da
USP

Patrícia Rivoli Rossi
RG: 437475281
CRP: 06/86505
Psicóloga e Mestranda em Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da USP

Eu, Sr(a) _____,
considero-me informado(a) sobre a pesquisa aqui descrita, realizada pelo Laboratório de
Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo e aceito participar da mesma,
consentindo que os dados referentes as quatro primeiras sessões de terapia e as respostas
ao questionário de Aliança Terapêutica sejam utilizadas para a coleta de dados desta
pesquisa e divulgadas garantindo o meu sigilo e anonimato.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do participante

ANEXO B

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE

Termo de Consentimento para Clientes

Caro(a) senhor(a),

Vimos por meio deste convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa que está sendo realizada pelo Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo que tem o objetivo de contribuir para a validação de um instrumento de análise de sessões por meio da comparação dos resultados deste com as respostas de um questionário.

Sua participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos sua permissão para que possamos utilizar os dados pertencentes à sessão e a um questionário que por você será respondido. Informamos que seus dados de identificação não serão divulgados, garantindo assim, o seu sigilo pessoal.

Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos a sua pessoa. A qualquer momento você terá a liberdade de desistir da sua participação e a continuidade do seu processo terapêutico estará resguardada, sem nenhum prejuízo.

Sua participação envolverá: (a) o preenchimento deste termo, (b) a gravação em áudio das quatro primeiras sessões da terapia, e (c) as respostas de um questionário de Aliança Terapêutica, na versão cliente, no qual você irá assinalar o que você pensa ou sente em relação ao seu terapeuta. O tempo estimado para responder esse questionário é de aproximadamente 10 minutos. O seu terapeuta também irá responder a esse questionário, na versão terapeuta.

Reiteramos a garantia do seu anonimato em relação à divulgação ou publicação dos dados que este estudo irá produzir.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio dos telefones 11-30911964 ou 12-91851272, ou e-mail patriciarossi@gmail.com ou junto ao Comitê de ética em pesquisas com seres humanos (CEPH) 11-30970529, registro CEPH No. 2009.059.

São Paulo, ____/____/____.

Prof. Dra. Sonia Beatriz Meyer
RG 4315790
CRP 06/8869
Docente do Departamento de Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da
USP

Patrícia Rivoli Rossi
RG: 437475281
CRP: 06/86505
Psicóloga e Mestranda em Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da USP

Eu, Sr(a) _____,
considero-me informado(a) sobre a pesquisa aqui descrita, realizada pelo Laboratório de
Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo e aceito participar da mesma,
consentindo que os dados referentes as quatro primeiras sessões de terapia e as respostas
ao questionário de Aliança Terapêutica sejam utilizadas para a coleta de dados desta
pesquisa e divulgadas garantindo o meu sigilo e anonimato.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do participante

ANEXO C

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Termo de Responsabilidade

O estudo intitulado “*Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas*” é uma pesquisa de mestrado de Patrícia Rivoli Rossi e está sob a orientação da Prof.a Dra. Sonia Beatriz Meyer, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

Foi fundamental que algumas condições fossem respeitadas para garantir a proteção dos participantes e do material utilizado. Portanto, ao transcrever o conteúdo das doze sessões das Terapias Bem e Mal Sucedidas, algumas condições foram delimitadas:

1. Apenas o pesquisador e a pessoa que o auxiliou nas transcrições tiveram acesso ao conteúdo das doze sessões;
2. As sessões foram manuseadas em local seguro, protegido da observação de terceiros;
3. Foi mantido o sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação contida nas sessões a que tive acesso, como por exemplo, identidade do terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos etc;
4. Foi resguardado o comprometimento de 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.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura

ANEXO D

EIXO I DO SISTEMA MULTIDIMENSIONAL DE CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA

EIXO I

CATEGORIAS REFERENTES AO COMPORTAMENTO VERBAL VOCAL DO TERAPEUTA E DO CLIENTE

Categorias do Terapeuta:

- ☐ Terapeuta solicita relato (SOLICITAÇÃO DE RELATO)
- ☐ Terapeuta facilita o relato do cliente (FACILITAÇÃO)
- ☐ Terapeuta demonstra empatia (EMPATIA)
- ☐ Terapeuta fornece informações (INFORMAÇÃO)
- ☐ Terapeuta solicita reflexão (SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO)
- ☐ Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (RECOMENDAÇÃO)
- ☐ Terapeuta interpreta (INTERPRETAÇÃO)
- ☐ Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente (APROVAÇÃO)
- ☐ Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente (REPROVAÇÃO)
- ☐ Outras verbalizações do terapeuta (OUTRAS VOCAL TERAPEUTA)
- ☐ Terapeuta permanece em silêncio (T SILÊNCIO)
- ☐ Respostas não-vocais de facilitação/concordância (CONCORDÂNCIA TERAPEUTA)
- ☐ Respostas não-vocais de discordância (DISCORDÂNCIA TERAPEUTA)
- ☐ Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo (COMANDO TERAPEUTA)
- ☐ Outras Respostas não vocais (GESTO OUTROS TERAPEUTA)
- ☐ Registro Insuficiente (INSUFICIENTE TERAPEUTA)

Categorias do Cliente:

- ☐ Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos (SOLICITAÇÃO)
- ☐ Cliente relata eventos (RELATO)
- ☐ Cliente relata melhora ou progresso terapêutico (MELHORA)
- ☐ Cliente formula metas (METAS)
- ☐ Cliente estabelece relações entre eventos (RELAÇÕES)
- ☐ Cliente relata concordância ou confiança (CONCORDÂNCIA)
- ☐ Cliente se opõe, recusa ou reprova (OPOSIÇÃO)
- ☐ Outras verbalizações do cliente (OUTRAS VOCAL CLIENTE)
- ☐ Cliente permanece em silêncio (C SILÊNCIO)
- ☐ Respostas não-vocais de facilitação/concordância (CONCORDÂNCIA CLIENTE)
- ☐ Respostas não-vocais de discordância (DISCORDÂNCIA CLIENTE)
- ☐ Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo (COMANDO CLIENTE)
- ☐ Outras Respostas não-vocais (GESTOS OUTROS CLIENTE)
- ☐ Registro Insuficiente (INSUFICIENTE CLIENTE)

Eixo I-1. Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta.

As categorias a seguir referem-se a verbalizações do terapeuta dirigidas ao cliente.

Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer

As verbalizações do terapeuta podem se referir a (a) ações do cliente e/ou de terceiros; (b) sentimentos, pensamentos ou tendências à ação do cliente ou do terapeuta; (c) aspectos da história de vida do cliente ou do terapeuta ou (d) eventos ambientais relacionados ou não ao comportamento do cliente.

Origem na sessão dos eventos referidos

Os eventos referidos em sessão podem ser relatados pelo cliente ou observados

pelo terapeuta.

Tempo no qual os eventos referidos podem ter ocorrido:

Com relação ao tempo em que os eventos ocorreram ou foram relatados, podem existir: (a) eventos ocorridos/relatados imediatamente antes; (b) eventos ocorridos/relatados em outros momentos da mesma sessão ou (c) eventos ocorridos/relatados em um passado recente ou remoto ou em sessões anteriores.

Terapeuta solicita relato

Sigla: SRE

Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE RELATO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nesta categoria⁴

(1) Solicitação de informações sobre fatos: Terapeuta solicita que o cliente descreva fatos ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente.

Exemplos:

- 🕒 T⁵: *Me conta... Por que é que você está procurando terapia?* [SRE]
- 🕒 T: *E quando é que isso começou?* [SRE]
- 🕒 T: *Você consegue lembrar-se de um exemplo específico no qual isso aconteceu?* [SRE]

(2) Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata.

Exemplos:

- 🕒 T: *Como você se sentiu quando ele te falou isso?* [SRE]
- 🕒 T: *Em que momentos você tem se sentido assim?* [SRE]
- 🕒 T: *O que você teve vontade de fazer nessa hora?* [SRE]
- 🕒 T: *E o que você pensou antes de fazer o ritual?* [SRE]

Caracterização geral da categoria

SOLICITAÇÃO DE RELATO contempla verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Ocorre tipicamente em situações relacionadas a coleta de dados e levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico.

Terapeuta facilita o relato do cliente

Sigla: FAC

Nome resumido: FACILITAÇÃO

Categoria tipo: evento

Estão inclusos nessa categoria

(1) Verbalizações mínimas: Verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplos:

- 🕒 T: certo
- 🕒 T: sei...

(2) Expressões paralingüísticas: Vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplo:

- 🕒 T: Hum hum

⁴ Confira o tópico “Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer”.

⁵ C indica uma fala de cliente, T uma fala do terapeuta. Um novo diálogo é iniciado em cada marcador 🕒

Caracterização geral da categoria

FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção

ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) FACILITAÇÃO só é categorizada se ocorre enquanto o cliente tiver a palavra. Não é categorizada quando ocorre ao longo de pausas de três segundos ou mais na conversação.

(b) Nunca devem ocorrer duas falas seguidas categorizadas como FACILITAÇÃO. FACILITAÇÃO nunca é categorizada em dobro.

Exemplo:

⌚ C: *Eu acho que talvez seja uma coisa nova também, sabe essa coisa de autodiálogo, então não é assim...*

T: *Hum hum... Sei...* [codificar apenas uma ocorrência de FACILITAÇÃO]

(c) Uma verbalização curta que sugira um pedido de esclarecimento ou complementação sobre algum relato do cliente deve ser categorizada como SOLICITAÇÃO DE RELATO, e não FACILITAÇÃO.

Exemplo:

⌚ C: *Ah, as coisas até que tão indo bem...*

T: *...mas...* [SOL]

C: *Mas aqueles pensamentos continuam me incomodando do mesmo jeito... às vezes acho que isso nunca vai ter fim...*

(d) Na dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

Terapeuta demonstra empatia

Sigla: EMP

Nome resumido: EMPATIA

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Nomeação e inferência de sentimentos: Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente.

Exemplos:

⌚ T: *Imagino o quanto isso te deixa ansioso.* [EMP]

⌚ T: *Entendo que você fique muito irritado com isso.* [EMP]

⌚ T: *Essa tem sido uma parte crucial da sua vida, né...* [EMP]

(2) Normalizações e validação de sentimentos: Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado).

Exemplo:

⌚ T: *Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranquilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso.* [EMP]

(3) Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

⌚ C: *Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente...*

T: *sério?* [EMP]

⌚ C: *Na quarta feira ele me ligou e não me encontrou... um monte de vezes... o Luciano quando atende fala “minha mãe, como sempre, batendo perna!” (risos)*

T: *Olha só! O Luciano já estabeleceu um contato bom com ele!* [EMP]

(4) Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação.

Exemplo:

⌚ T: *Como é que você está? Na semana passada você estava super resfriada.*
[EMP]

(5) Auto-revelações sobre experiências similares: Terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugere validação ou compreensão da condição do cliente.

Exemplo:

⌚ T: *Você sabe... eu também já passei por isso... é muito chato quando a gente investe toda a energia em um negócio e ele não dá certo... posso imaginar o quanto você está frustrada...* [EMP]

(6) Validação de discordâncias ou críticas do cliente: Terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas.

Exemplo:

⌚ C: *Estou frustrado. Eu fiz tudo o que você me pediu e você não foi capaz de me ajudar pra que meu filho largasse as drogas.*

T: *Eu gostaria muito de tê-lo ajudado para mudar essa situação. Eu me pergunto o que poderia ter sido diferente, mas o fato é que não foi possível e eu também me sinto frustrado por isso.* [EMP]

(7) Humor: Verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele).

Exemplo:

⌚ C: *É, mas eu não dei o beijo que ele pediu, falei "magina, tô dirigindo, olha o trânsito!", nessas alturas o trânsito ridículo, na Castelo, né? Mas eu nem senti passar...*

T: *Quanto mais trânsito melhor, que cê fica mais tempo com ele. (risos)* [EMP]

(8) Apoio: Terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação.

Exemplos:

⌚ T: *Eu não sei qual será a sua decisão nesse caso, mas qualquer que ela seja, eu tô do seu lado.* [EMP]

⌚ T: *Conte comigo.* [EMP]

(9) Paráfrases: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente).

Exemplo:

⌚ T: *E você perde seu emprego e está muito difícil encontrar um outro. (resumindo descrição do cliente).* [EMP]

(10) Comentários de entendimento: Comentários breves apresentados após um relato do cliente, constituídos por pequenos fragmentos do próprio relato, ou por palavras que complementam o relato.

Exemplos:

⌚ C: *...deixei bem agradável, a cozinha com toalha bonita, e a sala, tal, e no sábado falei pra caseira: "cê lava a varanda, coloca essa toalha na mesa da varanda, nesse tripê de ferro fundido coloca um vasinho". Ela até nem colocou o meu, ela foi pegar um dela, de onze horas amarelas, assim.*

T: *Todo mundo ajudando.* [EMP]

⌚ C: *Daí, ficamos até de noite, fiquei lá, falei, vou dar uma ligada*

T: *E ele no plano de sedução...* [EMP]

Caracterização geral da categoria

EMPATIA contempla ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a EMPATIA tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”). Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não-punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição.

Terapeuta Fornece Informações

Sigla: INF

Nome resumido: INFORMAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Informações factuais: Dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão.

Exemplos:

⌚ C: *Eu penso em fazer uma especialização em biologia.*

T: *Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório.* [INF]

⌚ C: *Minha prima está tratando da depressão com o psiquiatra X. Você conhece?*

T: *Não. Não conheço um médico com esse nome.* [INF]

⌚ C: *Você já atendeu casos como esse?*

T: *Sim, muitos.* [INF]

(2) Explicações de eventos: Descrição de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

⌚ T: *Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. Por exemplo, quando a gente entra em contato com alguma coisa da qual a gente tem muito medo, isso pode provocar um ataque de pânico.* [INF] (*) A explicação dada pelo terapeuta não se refere a um comportamento em particular ou a algum padrão comportamental do cliente identificado, e sim a informações sobre fatos advindos da literatura da área.

(3) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos: Informações sobre padrões recorrentes de contigüidade temporal entre eventos (relações do tipo “o evento X ocorre quando Y ocorre...”) ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

⌚ T: *Pessoas que têm problemas com álcool, geralmente têm uma má qualidade de sono.* [INF]

⌚ T: *É muito comum que a gente tenha um pouco de dor de cabeça ou enjôo logo que começa a tomar o antidepressivo. Mas depois de uns quinze dias tudo volta ao normal.* [INF]

(4) Explicações teóricas e experimentais sobre eventos: Descrição de proposições teóricas ou achados experimentais, relativos ao assunto em discussão.

Exemplos:

⌚ T: *Não há a necessidade biológica de se dormir por oito horas. A quantidade de sono necessária para cada pessoa é também aprendida.* [INF]

⌚ T: *O desempenho em testes tende a ser melhor depois de uma noite bem dormida.* [INF]

(5) Informações sobre o contrato terapêutico: Descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acertos de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre).

Exemplos:

⌚ T: *Nós nos encontraremos duas vezes por semana.* [INF]

⌚ T: *Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa e vamos terminar com um exercício de relaxamento.* [INF]

⌚ T: *O valor da sessão é \$\$.* [INF]

⌚ T: *Não tem nada sistematizado, do tipo “eu vou ter que ir por aqui, depois por aqui, depois ali, tá?” Então, fica à vontade. A gente vai indo.* [INF]

(6) Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico: Descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão.

Exemplos:

⌚ T: *Durante a exposição nós vamos trazer para a sessão algo que você teme e você deverá permanecer em contato com ele sem fazer o ritual.* [INF]

⌚ T: *O exercício de relaxamento que eu vou te ensinar agora serve para você controlar a sua ansiedade nas situações mais difíceis... você deve respirar em quatro tempos, contando até quatro bem devagar em cada um deles... inspira em quatro... segura quatro... solta em quatro... e segura quatro... mas precisa ser treinado com frequência para que você possa ter um melhor domínio sobre sua ansiedade. Se você deixar pra treinar na hora da crise de ansiedade não vai funcionar.* [INF]

(7) Justificativas de intervenções: Terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

Exemplo:

⌚ T: *Eu não gosto desse tipo de procedimento, mas é o único que vai te ajudar nesse momento.* [INF].

Caracterização geral da categoria

INFORMAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta relata eventos ou informa o cliente sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles.

Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INFORMAÇÃO, ou como pedido de confirmação de INFORMAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência de INFORMAÇÃO.

Exemplo:

⌚ T: *Essa Universidade também é excelente. Ela só não é tão famosa quanto a USP, sabe?* [INF]

(b) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas, quando emitidas pelo terapeuta após um pedido de confirmação do cliente sobre seu entendimento do que ele está dizendo, são categorizadas como INFORMAÇÃO.

(d) FACILITAÇÃO precede INFORMAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e

FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

Terapeuta solicita reflexão

Sigla: SRF

Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Solicitação de análise: Terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre eventos – imediatamente na sessão ou após seu término.

Exemplos:

⌚ T: *Gostaria que você pensasse nessa semana sobre o que conversamos hoje... sobre os benefícios que você obtém quando se queixa dessa maneira com sua família* [SRF].

⌚ T: *E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu?* [SRF]

⌚ T: *Você está me dizendo que todos os seus namorados agem com você de forma muito semelhante ao seu pai. Você acha que isso é apenas uma coincidência?* [SRF]

(2) Solicitação de avaliação: Terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

⌚ T: *O que você achou da reação dele?* [SRF]

⌚ T: *Você acha correta a forma com que ele agiu?* [SRF]

(3) Solicitação de previsão: Terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros.

Exemplos:

⌚ T: *Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele?* [SRF]

⌚ T: *E agora, o que você acha que vai acontecer?* [SRF]

(4) Solicitação de observação: Terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

Exemplos:

⌚ T: *Eu gostaria que você registrasse as situações que te provocam ansiedade, para que possamos discutir na semana que vem.* [SRF]

⌚ T: *Vamos fazer uma coisa... eu quero que você anote em um caderninho o que você comeu em cada refeição, a que horas você comeu, e se aconteceu algo relevante naquele dia ou logo antes de você comer.* [SRF]

⌚ T: *Então... Eu quero que você anote pra mim as situações dentro da sua casa, nas quais você faz o ritual. Então, escreve assim “quando eu entro no quarto... eu penso em tal coisa e preciso fazer tal coisa...”. Então você pode até anotar só as situações que te deixam ansiosa, tipo, no quarto, a torneirinha do gás que está lá fora... algumas das coisas fixas da sua casa, que ao ver, ou simplesmente saber que estão lá, você inicia o ritual.* [SRF]

Caracterização geral da categoria

SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. Diferentemente de SOLICITAÇÃO DE RELATO, na qual o terapeuta pede que o cliente apenas relate a ocorrência de eventos, sentimentos ou pensamentos, nesse caso o terapeuta solicita que o cliente analise ou estabeleça relações

entre os eventos em discussão.

Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de auto-regras.

CrITÉRIOS de inclusão ou exclusão

(a) Quando uma pergunta do terapeuta do tipo “por que” solicita apenas esclarecimento sobre um evento em discussão na sessão, não envolvendo um pedido de interpretação sobre hipóteses ou relações causais por parte do cliente, não categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(b) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(c) Quando uma SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do tipo Solicitação de observação é acompanhada de informação sobre razões pelas quais o cliente deve fazer aquela observação, registre a ocorrência de ambas as categorias – SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e INFORMAÇÃO – cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

⌚ T: *Eu vou sugerir uma coisa... quero que você faça um tipo de anotação pra mim, durante essa semana. Eu vou te dar certinho o que você precisa anotar e você vai fazer toda vez que aparecer esse tipo de pensamento [SRF]. Porque se você me descrever na hora o que aconteceu, eu vou ter idéia do tempo que você demorou pra fazer cada ritual, vou ter idéia do que está acontecendo. Com isso, a gente tem uma base boa pra estar trabalhando. Durante uma semana a gente tem uma medida legal de como é que isso ocorre ao longo do dia. [INF]*

Terapeuta Recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas

Sigla: REC

Nome resumido: RECOMENDAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Conselhos: Terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão.

Exemplos:

⌚ T: *Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações. [REC]*

⌚ T: *Faça a prova amanhã, antes que você esqueça a matéria. [REC]*

⌚ T: *Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas. [REC]*

⌚ T: *Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas. [REC]*

⌚ T: *Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle. [REC]*

⌚ T: *Quando você for enfrentar a situação, lembre-se de todas as vezes que você teve sucesso. [REC]*

⌚ T: *Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que*

você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando. [REC]

(2) Modelo: Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar.

Exemplos:

⌚ T: *Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar. [REC]*

⌚ T: *Tente repetir a sequência do jogo assim como eu fiz. [REC]*

⌚ T: *Eu vou falar como eu acredito que você deveria conversar com o seu chefe. [REC]*

⌚ T: *Observe agora como eu estou fazendo, para depois você fazer o mesmo. [REC]*

(3) Incentivo: Terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento.

Exemplos:

⌚ T: *Tenho certeza que você é capaz de fazer isso. [REC]*

⌚ T: *Faça dessa forma e muito em breve você estará livre disso. [REC]*

(4) Estruturação de atividade: Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório.

Exemplos:

⌚ T: *Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente. [REC]*

⌚ T: *Agora vamos fazer um exercício de exposição: experimente pegar na maçaneta dessa porta e ficar por quinze minutos sem lavar as mãos. [REC]*

⌚ T: *Esse assunto é bastante importante. Vamos voltar a falar sobre ele na próxima sessão. [REC]*

(5) Permissão, proibição ou solicitação de parada: Ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.

Exemplos:

⌚ C: *Eu posso anotar tudo à noite, antes de dormir ou tenho que fazer na hora em que acontece?*

T: *Faça como você achar melhor. O importante é que você registre o máximo de situações que ocorrerem ao longo do dia. [REC]*

⌚ T: *Por favor, preste atenção enquanto eu estou falando. [REC]*

⌚ T: *Eu gostaria que você não colocasse os pés no sofá. [REC]*

⌚ T: *Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala. [REC]*

Caracterização geral da categoria

RECOMENDAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta sugere alternativas de ação ao cliente ou solicita o seu engajamento em ações ou tarefas. Deve ser utilizada quando o terapeuta especifica a resposta a ser (ou não) emitida pelo cliente. A literatura refere-se a essa categoria também como aconselhamento, orientação, comando, ordem.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) Confirmações, em resposta a perguntas do cliente sobre como proceder, são consideradas RECOMENDAÇÃO.

(b) Qualquer permissão ou proibição do terapeuta, a respeito de ações a serem executadas dentro ou fora da sessão, é categorizada como RECOMENDAÇÃO.

(c) Verbalizações do terapeuta que ocorrerem durante uma atividade ou técnica desenvolvidas dentro da sessão terapêutica são categorizadas de acordo com sua forma e

função características, devendo apenas a solicitação para que o cliente se engaje na técnica/exercício ser categorizada como RECOMENDAÇÃO.

(d) Solicitações que requerem uma ação dentro da sessão são consideradas RECOMENDAÇÃO, com exceção de perguntas que solicitam explicitamente a descrição ou confirmação de eventos (que são categorizadas como SOLICITAÇÃO DE RELATO).

(e) Perguntas do terapeuta ou falas em forma imperativa que solicitam que o cliente descreva eventos, mesmo que sobre temas diferentes daquele em curso na sessão, ou que mudam a direção da conversação, não são considerados RECOMENDAÇÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(f) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(g) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA.

(h) EMPATIA precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(i) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de informações que justificam o porquê o cliente deve segui-la ou sugerem que o cliente poderá melhorar caso realize as ações ou tarefas propostas, são categorizadas ambas as categorias: RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização.

(j) Verbalizações do terapeuta durante um exercício ou atividade, tal como *role-playing* ou viagem de fantasia, são categorizadas de acordo com suas categorias correspondentes, sendo categorizada INFORMAÇÃO para as instruções do terapeuta e RECOMENDAÇÃO para a solicitação para o cliente se engajar no exercício.

(k) INFORMAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas RECOMENDAÇÃO quando a verbalização do terapeuta especifica a topografia da resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a modificar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa. Tais orientações são consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não é especificada a topografia da resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos.

Exemplos:

☞: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

☞: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou.* [REC] (*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto como uma RECOMENDAÇÃO.

(m) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre

Terapeuta interpreta

Sigla: INT

Nome resumido: INTERPRETAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: Relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

⌚ T: *Porque quando você faz isso, você fica mais em contato com você. Porque se você começa a negar... Você começa a perder contato com aquilo que você sente. Assim: "como é que as coisas que acontecem no mundo me afetam?" Entendeu?* [INT]

⌚ C: *...não estou conseguindo... tudo aquilo que eu me propus a fazer eu fico enrolando... acho que eu to muito desmotivado...*

T: *Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. Muito do que a gente faz, pra que a gente se mantenha fazendo depende da consequência daquilo que a gente faz. Quando a gente faz uma coisa que tem um a consequência boa imediata, legal, a tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende não fazer mais.* [INT]

⌚ T: *Você se cobra em melhorar o desempenho sexual com seu marido, mas da maneira como você descreve a relação sexual, ela não é satisfatória para você. Portanto, não existe nada que te motive a continuar procurando.* [INT]

(2) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações: Terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contigüidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente;

Exemplos:

⌚ T: *A impressão que eu tenho é que sempre que ele te faz um elogio, ele é seguido por uma crítica, do tipo... "você foi ótimo na apresentação, mas..."* [INT]

⌚ T: *Você já notou que, sempre que há alguma situação muito difícil pela frente, você fica doente?* [INT]

⌚ T: *Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando...* [INT]

⌚ T: *Você se dá conta de que suas obsessões sempre são relacionadas a situações nas quais você age por impulso com outras pessoas e depois se arrepende? Aí você fica ruminando sobre o que poderia ter sido diferente...* [INT]

(3) Diagnóstico: Apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Exemplos:

⌚ C: *Você acha que eu estou deprimido?*

T: *Você parece mais ansioso que deprimido* [INT]

⌚ T: *Isso que você acabou de descrever é conhecido pela psiquiatria como Transtorno Obsessivo-Compulsivo. (após a descrição do cliente de sua queixa)* [INT]

(4) Devolutiva de avaliação padronizada: Apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica.

Exemplo:

⌚ T: *O teste indica que você tem maior interesse por profissões relacionadas ao cuidado e atendimento de pessoas.* [INT]

(5) Estabelecimento de sínteses: Verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente.

Exemplo:

⌚ T: *Então, você está dependente de álcool... já deve estar começando a beber de manhã, eu suponho.* [INT]

(6) Metáforas ou analogias explicativas: Descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas.

Exemplos:

⌚ T: *Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu me lembrei daquelas mulheres que na hora de transar dizem "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça".* [INT]

⌚ C: *De fato, ele é muito baixinho... eu acho que não ia dar certo mesmo...*

T: *É... as uvas estão verdes...* [INT]

(7) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente. (esse critério diferencia essa subcategoria de interpretação da categoria EMPATIA).

Exemplo:

⌚ T: *Imagino que ele tenha sido extremamente gentil nas primeiras semanas e depois...* [INT]

(8) Previsões: suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

⌚ T: *Acredito que a próxima coisa que ele vai fazer é te convidar para sair...* [INT]

(9) Confrontações: Terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente.

Exemplo:

⌚ T: *Você estava dizendo há pouco que seu marido não lhe dá a menor atenção, mas agora você está me dizendo uma série de cuidados que ele tem com você.*

[INT]

(10) Normalizações: Terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado.

Exemplo:

⌚ T: *Isso é normal... adolescentes tendem a agir dessa forma. Daqui a pouco ele vai voltar a se aproximar...* [INT]

(11) Descrição de processo: Terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo.

Exemplo:

⌚ C: *Por que às vezes as coisas empacam entendeu?*

T: *É eu sei, e não é de hoje, né? Não é de hoje a coisa vem e vai piorando, piorando, não sei, acho até que hoje você convive melhor.* [INT]

Caracterização geral da categoria

INTERPRETAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contigüidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação *do cliente e/ou de terceiros*. (*) Este critério diferencia esta categoria de INFORMAÇÃO que, por sua vez, contém explicações a respeito de outros eventos que não o comportamento do cliente e/ou de terceiros.

Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações.

Critérios de inclusão ou exclusão

- (a) A categorização de um trecho como INTERPRETAÇÃO independe da precisão ou correção da análise feita pelo terapeuta, ou de sua concordância por parte do cliente.
- (b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INTERPRETAÇÃO ou como pedido de confirmação de INTERPRETAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria em questão.
- (c) Verbalizações do terapeuta que repetem ou confirmam para o cliente o conteúdo de uma INTERPRETAÇÃO que o terapeuta acabou de apresentar (por meio de repetição, verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas) são categorizadas como INTERPRETAÇÃO.
- (d) Um segmento de verbalização do terapeuta é categorizado como INTERPRETAÇÃO apenas se a relação apresentada, de alguma forma, acrescenta informações novas ou muda o significado do relato apresentado pelo cliente. Quando um resumo ou síntese não muda o sentido do que foi dito pelo cliente, classifique como EMPATIA.
- (e) Quando uma inferência por parte do terapeuta refere-se à ocorrência de sentimentos ou emoções do cliente, sua fala é categorizada como EMPATIA.
- (f) Verbalizações que sugerem que algum evento é normal, ou esperado, quando têm como ênfase a validação de um sentimento relatado pelo cliente, categorize EMPATIA. Quando ocorrem de forma a explicar algum comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INTERPRETAÇÃO. Quando se referem a outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INFORMAÇÃO.
- (g) Verbalizações nas quais o terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente são tipicamente categorizadas como EMPATIA, mas quando são acompanhadas de explicação, codifique apenas a categoria INTERPRETAÇÃO.

Exemplo:

☺ T: *O que me preocupa é a função que o álcool está exercendo em sua vida. O uso do álcool em situações sociais é tranqüilo, mas você o está usando para alívio da ansiedade, como se fosse um remédio. E essa função do álcool é perigosa porque favorece a dependência.* [INT].

- (h) EMPATIA precede INTERPRETAÇÃO. Quando em dúvida entre EMPATIA e INTERPRETAÇÃO, categorize EMPATIA.
- (i) Quando o terapeuta fornece descrições de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", a respeito de outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, é categorizada INFORMAÇÃO.
- (j) Quando o terapeuta retoma assuntos ou diálogos discutidos anteriormente, estabelecendo alguma relação explicativa sobre o comportamento do cliente ou de terceiros, não é registrada a categoria INFORMAÇÃO, e sim INTERPRETAÇÃO.
- (k) Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.
- (l) Quando uma verbalização do tipo "se... então" sugere que o cliente pode melhorar

caso realize determinadas ações ou tarefas propostas pelo terapeuta, são categorizadas ambas as categorias: INTERPRETAÇÃO e RECOMENDAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(m) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de explicações do por que o cliente deve segui-la, é registrada a ocorrência de ambas as categorias – RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO ou RECOMENDAÇÃO E INTERPRETAÇÃO - cada uma no segmento apropriado da interação, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(n) Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INTERPRETAÇÃO. INTERPRETAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO.

Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente

Sigla: APR

Nome resumido: APROVAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão incluídos nessa categoria

(1) Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente: Terapeuta expressa julgamento favorável a ações, características ou aparência do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

☺ T: *Você tomou a decisão certa. Está lidando com isso muito bem!* [APR]

☺ T: *Você está de parabéns! Sua condução foi perfeita!* [APR]

☺ T: *Que lindo esse teu colarzinho!* [APR]

(2) Descrição de ganhos terapêuticos: Terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente.

Exemplo:

☺ T: *Puxa, C., eu estava me lembrando da época em que a gente começou a trabalhar juntos. Como as coisas estão mudadas! Você lembra que era difícil pra você até mesmo vir sozinha para cá? E agora você está se virando sozinha, com o maior desprendimento... acho muito legal isso!* [APR]

(3) Verbalizações de concordância: Terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente.

Exemplo:

☺ T: *Com certeza! Você tem toda a razão.* [APR]

(4) Pseudo discordância: Terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características ou ações do cliente que ele considera positivas.

Exemplo:

☺ C: *Eu só melhorei por causa da medicação.*

T: *De fato, a medicação pode te ajudar, mas se você não tivesse agido, tudo estaria igual.* [APR]

(5) Relato de sentimentos positivos: Terapeuta relata gostar do cliente, ou sentir-se bem em sua presença ou relata estar satisfeito com alguma ação realizada pelo cliente ou com o andamento da sessão.

Exemplos:

☺ T: *Gostei muito da nossa sessão de hoje. Acho que falamos de assuntos bastante importantes.* [APR]

☺ T: *Você conversa super bem! É muito agradável conversar com você.* [APR]

(6) Exclamações e expressões de aprovação: Verbalizações exclamativas ou comentários em forma de exclamação ou interrogação, apresentados após a descrição de ações do cliente, sugerindo que tal ação foi aprovada pelo terapeuta.

Exemplos:

⌚ C: *Consegui recuperar a minha nota de matemática.*

T: *Que máximo!!!* [APR]

⌚ C: *Consegui caminhar todos os dias essa semana.*

T: *É mesmo?* [APR]

⌚ C: *Daí, fomos para a capela e me chamou a atenção o Bill, o cachorro do caseiro, porque desde pequeno ele me acompanha na capela... só que ele não entra. Então ele... põe o pezinho, ele só olha para mim, ele tira o pé do piso e fica no cimento do lado de fora parado olhando, ele não entra ... é uma coisa bárbara você ver!*

T: *Nossa, e você ensinou ele...* [APR]

(7) Agradecimentos: Terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.

Exemplo:

⌚ C: *Não, você é uma das responsáveis, eu tinha que dizer, não, eu faço questão, eu sou muito franca, sabe, de extrema transparência, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas, porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e tô tentando encontrar o caminho, não é?, Sem tanto medo de ser feliz.*

T: *Que bom, obrigada, fico muito contente.* [APR]

Caracterização geral da categoria

APROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento favoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Verbalizações de APROVAÇÃO dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar e fortalecer aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Isso difere da categoria EMPATIA, que tem um caráter inespecífico e não envolve avaliação ou julgamento.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) Quando aprovação é acompanhada de descrição do comportamento do cliente que foi alvo da aprovação, registre unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO

Exemplo:

⌚ C: *Ele quis mudar e eu fiquei com medo de tomar, não comprei...*

T: *Porque você está ótima, né C., independentemente de estar tomando três ou quatro comprimidos, você está conseguindo fazer muito mais coisas, tomar decisões...* [APR]

C: *É... e eu achei melhor ficar só com três.*

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de APROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de APROVAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO.

(c) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas de concordância emitidas pelo terapeuta após solicitação do cliente, ou imediatamente após o cliente terminar uma fala, são categorizadas como APROVAÇÃO (quando após o relato de ações do cliente) ou EMPATIA (quando após a descrição de outros eventos). FACILITAÇÃO só é categorizada se acontece enquanto o cliente tem a palavra. Não é codificada quando ocorre durante pausas de três segundos ou mais na conversação.

(d) FACILITAÇÃO precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(e) Comentários em forma de exclamação, quando apresentados após a descrição de outros eventos, que não ações do cliente, são categorizados como EMPATIA. Quando

estes comentários são apresentados após a descrição de ações do cliente, são categorizados como APROVAÇÃO.

(f) AUTO-REVELAÇÃO: Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO.

(g) EMPATIA precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(h) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas APROVAÇÃO quando a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente observe, entre em contato ou tome consciência de um ganho terapêutico, conquista ou progresso que ele (o cliente) tenha alcançado. São consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não for especificada a resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos. Tais orientações são consideradas RECOMENDAÇÃO quando especificam a resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a alterar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa.

Exemplo:

☞: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

☞: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou.* [REC] (*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto como uma RECOMENDAÇÃO.

☞: *Presta atenção em como as coisas têm sido diferentes... olha quantas vezes você tem conseguido fazer as coisas sem a ajuda do seu marido... acho que isso é super importante...* [APR] (*) Trata-se de APROVAÇÃO, porque a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente tome consciência de um ganho terapêutico que ele (o cliente) alcançou.

(i) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

(j) APROVAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e APROVAÇÃO, categorize APROVAÇÃO.

(k) Quando uma aprovação é acompanhada de explicações de porque aquela ação foi boa ou correta, registre a ocorrência de ambas as categorias – APROVAÇÃO E INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

☺ C: *Ela: “então você não fica preocupada. Eu vou sair com o A.”. Eu digo: “ah! Que bom! Vai, sim! Foi legal a senhora ter ligado!”*

T: Ótimo... [APR] *Você notou que, das últimas conversas que você teve com ela, essa é a primeira em que você fica do lado dela? Você deu um apoio, e o engraçado é que a reação dela foi assim: “é... acho que é isso mesmo...”. O contrário do que sempre fez.* [INT]

C: *O contrário do que sempre fez.*

(l) Quando a descrição pelo terapeuta de algum ganho, progresso ou conquista do cliente é analisada como relacionada a algum outro evento, tal como a análise de conseqüências que poderiam ser obtidas por meio daquele comportamento ou análise de variáveis que propiciaram aquela mudança do cliente, categorize apenas

INTERPRETAÇÃO. Em casos nos quais o terapeuta parabeniza ou elogia o cliente antes ou depois de apresentar a análise do evento, categorize APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada qual no seu respectivo segmento, conforme descrito no critério anterior (k).

(m) INTERPRETAÇÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize a segunda.

Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente

Sigla: REP

Nome resumido: REPROVAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Discordância: Terapeuta discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações afirmações propostas ou características do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

⌚ T: *Eu não acho que seja assim.* [REP]

⌚ T: *As coisas são muito mais simples do que você pinta.* [REP]

(2) Crítica: Terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

⌚ T: *Eu penso que você faz bem algumas coisas tais como supervisionar, monitorar* [APR], *entretanto às vezes você entra em uma escalada de castigo, castigo.* [REP]

(3) Ironia: Comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao cliente. Comentários do terapeuta que sugerem incredulidade a respeito de relatos do cliente sobre o que disse ou fez. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

Exemplos:

⌚ T: *Você de fato pensa que sua mãe deveria deixá-lo vir para casa quando você quer?* [REP]

⌚ T: *Eu vou pegar uma xícara de café. Eu estou perdido.* [REP]

⌚ T: *Você tá fumando com essa tosse? (sorrindo).* [REP]

(4) Ameaça: Terapeuta prevê conseqüências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça.

Exemplos:

⌚ T: *Você pode escolher fazer isto desse modo ou ser miserável o resto de sua vida.* [REP]

⌚ T: *Eu acho que a gente faz escolhas... você pode continuar fugindo de escolher uma profissão... há tantas pessoas que preferem ser donas de casa e lavar as roupas do marido o resto da vida...* [REP]

(5) Paráfrase crítica: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum

ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente, explicitando uma crítica ou apontando uma falta ou erro do cliente.

Exemplos:

⌚ T: *Eles pegaram a recompensa mesmo quando eles não a tinham merecido?*

(pergunta apresentada em tom hostil após a cliente dizer que prometeu recompensa aos filhos após uma tarefa e que os filhos não cumpriram a tarefa, mas ela os recompensou). [REP]

⌚ T: *Você quer dizer que você o deixa dormir em sua cama e ele a molha toda noite? (risada)* [REP]

⌚ T: *Você o deixou escolher seu próprio castigo?* [REP]

(6) Auto-revelações desafiadoras: Terapeuta relata sua experiência com relação a um evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir.

Exemplo:

⌚ T: *Quando eu resolvi sair da casa de meus pais eu tinha plena consciência de que eu deveria me sustentar, e não ficar esperando que meus pais me ajudassem.* [REP]

(7) Relato de sentimentos negativos: Terapeuta relata que não gosta do cliente ou de algo que ele faça ou que está insatisfeito com algum aspecto relativo ao seu comportamento.

Exemplos:

⌚ T: *Eu vou continuar a atendê-lo por que para mim é um desafio, mas eu não gostei de você.* [REP]

⌚ T: *Eu fico muito irritado quando você fala comigo dessa forma, e quando isso acontece, a vontade que eu tenho é de te tratar da mesma forma.* [REP]

(8) Advertência: Terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.

Exemplo:

⌚ T: *Eu quero ajudá-la, mas é impossível fazermos alguma coisa com tantos atrasos... hoje você chegou 40 minutos atrasada... o que nós podemos fazer em dez minutos?* [REP]

Caracterização geral da categoria

REPROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Assim como APROVAÇÃO, verbalizações de REPROVAÇÃO dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. REPROVAÇÃO tem sido frequentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica.

CrITÉRIOS de inclusão ou exclusão

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de REPROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de reprovação apresentada pelo terapeuta, não é considerada a ocorrência de SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a categoria REPROVAÇÃO.

(b) Quando uma pergunta do terapeuta é apresentada em tom irônico ou desafiador, sugerindo crítica, descrença ou discordância do terapeuta com relação ao cliente, categorize REPROVAÇÃO, e não SOLICITAÇÃO DE RELATO. (*) Nesse caso, registre

também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(c) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e REPROVAÇÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(d) A verbalização “certo”, quando dita sarcasticamente, sugerindo discordância, deve ser categorizada como REPROVAÇÃO. (*) Nesse caso, registre também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(e) FACILITAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(f) Verbalizações tais como “é mesmo?” ou “não acredito”, quando sugerem descrença no relato do cliente ou crítica ao seu comportamento, são categorizadas como REPROVAÇÃO, e não EMPATIA.

(g) Quando o terapeuta ri do relato de ações do cliente, não sugerindo ironia, mas sim interesse em seu relato (ele ri com o cliente, e não do cliente), categorize EMPATIA.

(h) Verbalizações exclamativas após o relato de alguma ação por parte do cliente, quando apresentadas em tom sarcástico ou hostil, são categorizadas como REPROVAÇÃO e não EMPATIA ou APROVAÇÃO. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(i) Em caso de síntese ou paráfrase que explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro do cliente, registre REPROVAÇÃO.

(j) quando uma verbalização na qual o terapeuta demonstra reocupação pessoal com o cliente é acompanhada de crítica, codifique apenas a categoria REPROVAÇÃO.

Exemplo:

⌚ T: *Fiquei preocupado com você a semana passada...* [EMP] *como é que ficaram as coisas com seus pais?* [SRE]

⌚ T: *Não é possível que você continue bebendo essa quantidade. Fico preocupado com as conseqüências disso.* [REP]

(k) Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizado EMPATIA. Quando ele revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Em qualquer outro caso, registre a categoria OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(l) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(m) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria REPROVAÇÃO.

(n) A correção de um engano do cliente, quando não realizada em tom hostil, não é categorizada como REPROVAÇÃO, mas sim como INFORMAÇÃO.

(o) INFORMAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(p) Quando sugestões são apresentadas de modo sarcástico, categorize REPROVAÇÃO.

(*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(q) RECOMENDAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize RECOMENDAÇÃO.

(r) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de explicações de porque o terapeuta

discorda ou de por que não funcionará determinada proposta do cliente, registre a ocorrência de ambas as categorias – REPROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

(s) Quando uma verbalização do tipo “se... então” é emitida em tom de ameaça, sugerindo que o cliente pode sofrer consequências negativas ou aversivas caso realize (ou não) determinadas ações ou tarefas, é categorizada como REPROVAÇÃO. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(t) Quando o terapeuta descreve algum tipo de retrocesso, recaída ou insucesso do cliente, a verbalização é categorizada como REPROVAÇÃO apenas quando é apresentada em tom de crítica, ameaça ou ironia. Caso contrário, categorize INTERPRETAÇÃO ou EMPATIA, dependendo do conteúdo e do teor da descrição apresentada pelo terapeuta.

(*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(u) A previsão de consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou não ação) do cliente só é considerada REPROVAÇÃO quando o terapeuta explicita julgamento ou avaliação contrários à ação do cliente. A mera descrição de consequências aversivas a uma ação do cliente por parte do terapeuta, quando não indica ameaça e/ou não sugere um julgamento ou avaliação negativos por parte do terapeuta, é categorizada como INTERPRETAÇÃO.

(v) Em caso de síntese que muda o sentido da descrição do cliente, mas explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro deste, codifique como REPROVAÇÃO.

(w) INTERPRETAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Na dúvida entre INTERPRETAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize a primeira.

(x) Verbalizações nas quais o terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características do cliente que ele considera positivas, caracterizam pseudo discordância, e são categorizadas como APROVAÇÃO.

(y) Diferentemente de APROVAÇÃO, que deve ser codificada apenas quando o relato do cliente não está em curso, um simples “não” proferido pelo terapeuta enquanto o cliente está falando pode ser codificado como REPROVAÇÃO, se implica em discordância do cliente.

(z) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(aa) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento é emitido a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente, do próprio cliente ou da sessão em curso, ela deve ser categorizada como INTERPRETAÇÃO, APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada, de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

Outras verbalizações do terapeuta

Sigla: TOU

Nome resumido: OUTRAS VOCAL TERAPEUTA

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores: Comentários ocasionais alheios ao tema em discussão, verbalizações do terapeuta ao cumprimentar o cliente em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções por motivos não relacionados ao tema em discussão.

Exemplos:

⌚ T: *Aceita uma balinha?* [TOU]

⌚ T: *Só um minutinho, que eu vou pedir uma água para a secretária.* [TOU]

⌚ T: *Desculpe, eu me esqueci de desligar o celular.* [TOU]

(2) Acertos ocasionais: Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

⌚ T: *Então, a gente, na semana que vem, faz a sessão na terça-feira, das três às quatro.* [TOU]

(3) Recuperação de assunto: Descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo cliente devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

⌚ C: *Onde é que eu estava mesmo?*

T: *Você estava falando sobre sua viagem de férias.* [TOU]

⌚ T (após interrupção da sessão): *Então, você estava me falando sobre o seu receio de prestar o vestibular.* [TOU]

(4) Opiniões pessoais sobre eventos externos: Opiniões, avaliações ou julgamentos a respeito de eventos, apenas quando não dizem respeito a uma ação emitida pelo do cliente, ao cliente propriamente ou à sessão em curso.

Exemplo:

⌚ C: *Eu fiquei realmente chocado com aquela cena.* [TOU]

⌚ T: *Eu acho que a televisão não deveria mostrar esse tipo de coisa. Não acrescenta em nada a vida das pessoas.* [TOU]

Não-exemplo:

⌚ T: *Eu penso que você poderia, sim, ter comprado o livro. Afinal, o dinheiro é seu, não é?* [REC] (*) Não é uma verbalização do tipo Opiniões pessoais sobre eventos externos porque se refere ao comportamento do cliente.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Em estudos de terapia individual, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão, tal como em situações de orientação de pais, sessões incluindo cônjuge ou familiar, as falas do terapeuta dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais há dúvida sobre a quem a verbalização se dirige (se apenas cliente, se apenas terceiro ou ambos) são categorizadas como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. Já falas do terapeuta claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) são categorizadas na categoria correspondente.

(b) Afirmações ou comentários são considerados SOLICITAÇÃO DE RELATO apenas se não podem ser classificados em nenhuma outra categoria, com exceção de OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. SOLICITAÇÃO DE RELATO tem precedência sobre OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(c) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento são emitidos a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente ou da sessão em curso, deve ser categorizado APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(d) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta

revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Relatos do terapeuta de algum evento de sua própria experiência, quando não sugerem a solução de problema ou queixa, a compreensão ou entendimento da experiência do cliente, ou desafios, são categorizados como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(e) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(f) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

Terapeuta permanece em silêncio

Sigla: TSL

Nome resumido: T SILÊNCIO

Categoria tipo: estado

Esta categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do terapeuta é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.

Quando não há outra resposta verbal do terapeuta do tipo estado, a categoria T SILÊNCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do terapeuta ocorrer.

Eixo I-3. Categorização do comportamento verbal vocal do cliente.

As categorias a seguir referem-se a verbalizações do cliente dirigidas ao terapeuta.

Tipo de evento aos quais as ações do cliente podem se referir

Os eventos podem incluir ações do cliente e/ou de terceiros, sentimentos, emoções, pensamentos, ações públicas, interações com terceiros e fatos diversos, o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros.

Origem do evento na sessão

Os eventos aos quais as ações do cliente se referem podem ter sido relatados ou observados, pelo terapeuta ou pelo cliente.

Tempo no qual o evento em questão foi observado/relatado pelo cliente

A ação ou verbalização do cliente pode se referir a (a) eventos ocorridos/relatados imediatamente antes, na sessão; (b) eventos ocorridos/ relatados em outros momentos da mesma sessão; (c) eventos ocorridos/ relatados em sessões anteriores; (d) eventos ocorridos no passado ou (e) especulações sobre eventos futuros.

Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos

Sigla: SOL

Nome resumido: SOLICITAÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Solicitação de informações ou esclarecimentos: Cliente solicita ao terapeuta informações, confirmações ou esclarecimentos a respeito de eventos, da racional da terapia ou do andamento da sessão.

Exemplos:

⌚ C: *Quanto tempo você acha que a terapia vai durar?* [SOL]

⌚ C: *Só que eu não entendi muito bem, como é que é?* [SOL]

⌚ C: *E comecei. Fui estudar à noite, e... comecei a fumar maconha, foi indo, foi indo, foi indo e, deu no que deu.* [REL]. *Mas porque que a gente falou dessa história toda?* [SOL]

(2) Solicitação de avaliação: Cliente solicita ao terapeuta que avalie seu comportamento ou o comportamento de terceiros, emita um diagnóstico sobre o seu problema ou o problema de terceiros ou, ainda, solicita que o terapeuta analise seu problema ou de terceiros.

Exemplos:

⌚ C: *Aí tinha uns versinhos que eu escrevi para ele que eu trouxe pra você pra ver se eu não estou exagerando na pedida...* [SOL]

⌚ C: *Você acha que isso é possível para mim?* [SOL]

(3) Solicitação de recomendações: Cliente solicita ao terapeuta que este sugira alternativas de resposta ou cursos de ação possíveis.

Exemplo:

⌚ C: *O que eu poderia fazer se ela começar com isso novamente?* [SOL]

(4) Solicitação de procedimentos: Cliente solicita que o terapeuta utilize determinados procedimentos ou técnicas, maneje determinada questão ou tema ou sugere ao terapeuta o que este deve fazer com relação ao seu tratamento.

Exemplos:

⌚ C: *O Z. falou que tem que ser trabalhado isso, viu?...* [SOL]

⌚ C: *Eu quero que você me ensine a aplicar a exposição para pânico.* [SOL]

⌚ C: *Eu vim aqui porque meu psiquiatra me disse que eu preciso de uma terapia de exposição para o TOC.* [SOL]

(5) Solicitação de asseguramento: Cliente solicita ao terapeuta asseguramento sobre a ocorrência (ou não ocorrência) de determinados eventos, sobre fatos ou sobre a correção de sua (do cliente) avaliação ou opinião a respeito de eventos.

Exemplos:

⌚ C: *Aí eu falei pra ele que isso é por causa de algum trauma de infância.* [REL]
Você não acha que pode ser isso? [SOL]

⌚ C: *Eu não estou ficando louco, estou?* [SOL]

(6) Apresentação da demanda: Cliente descreve comportamentos, estados ou situações que ele gostaria de atingir com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

⌚ C: *Eu quero aprender como eu posso melhorar a minha relação com meu filho.* [SOL]

Caracterização geral da categoria

SOLICITAÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Perguntas do cliente sobre a experiência ou vida pessoal do terapeuta são categorizadas como SOLICITAÇÃO.

Cliente relata eventos

Sigla: REL

Nome resumido: RELATO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Relato de informações sobre eventos: Cliente descreve fatos ocorridos, informações específicas, detalhes, ou esclarecimentos a respeito de eventos.

Exemplos:

☺ C: *Ele falou "é, mas pra sair com a F. você sai, né?". Bom, daí no sábado eu fui lá, conversei porque eu estava bem e tal, sábado e domingo eu não fui para a chácara porque na quinta era semana santa tal eu já ia, né, ele me ligou sábado e domingo, ligou segunda tal, ligou todas as vezes que eu te falei. [REL]*

☺ T: *E como foi que você descobriu que estava contaminado?*

C: *Na verdade assim: Eu fazia um... Faço ainda um acompanhamento de hepatite. Que eu tenho hepatite crônica, sei lá... desde 80. E... aí nesse acompanhamento eu pedi para o médico fazer um teste de HIV, porquê... meu parceiro não era lá muito confiável. Comissário, cê sabe como que é. Aí, não sei, bateu. Falei, "Não". Quero fazer, quero ver o que que tá pegando aqui. Não que tivesse algum problema. Pelo contrário. Não tinha nada, me sentia muito bem. [REL]*

☺ C: *Ficou 8 x 3,5... oito por três e meio... daí eu suava frio tá... daí eu fui ao cardiologista de manhã. Fiz eletrocardiograma, fiz eletro. Ele fez eu ficar de soutien e calcinha, ele mediu todo o pulso desde a veia terminal, desde o pé na virilha até aqui na carótida, foi medindo tudo onde tinha pulso, ele falou; olha o coração está bom... [REL]*

(2) Relato de eventos anteriormente registrados: Cliente relata sobre seus registros efetuados sobre a ocorrência de eventos, como parte de uma técnica terapêutica ou coleta de dados solicitados pelo terapeuta.

Exemplo:

☺ C: *Eu marquei aquelas coisas que você me pediu, mas não deu pra fazer em todas as vezes... olha... na segunda-feira, eu tive uma crise pequena, e o grau de ansiedade foi sete... foi no dia que eu tinha que fazer aquela entrevista. [REL]*

(3) Relato de sentimentos e emoções: O cliente relata ao terapeuta ter vivenciado, estar vivenciando ou prevê que poderá vivenciar uma resposta emocional.

Exemplos:

☺ C: *E ele caiu fora... então, assim: a cabeça vai a milhão. Eu passei o sábado assim, que nem um leão feroz na jaula. Aí, quando, foi à noite eu falei "não, pára com isso. Não vai se deprimir agora por uma pessoa que você mal conhece, nem sabe da onde veio". Não é a primeira vez, aliás, todas as vezes me acontece isso. Fico mal prá cacete. Aí, depois eu vou me reabilitando. [REL]*

☺ C: *Então... eu não sei exatamente o porque eu estou aqui... eu sei que eu ando sem muito ânimo pra fazer as coisas... e parece que está tudo bem... não sei. [REL]*

☺ T: *Você conseguiria me dizer em que momentos essa angústia aparece? [SRF]*

C: *É sempre que eu me dou conta da quantidade de coisas que eu poderia ter feito e que ficaram pra trás... [CER] dói muito saber que eu perdi tanta coisa por causa de uma doença idiota como essa. [REL]*

☺ C: *Nossa... eu já tô imaginando a minha alegria na hora em que ele chegar! [REL]*

☺ C: *Estou triste, T. To mal... To perdidinha de novo... Na semana passada achei que estava um pouquinho mais firme assim, em relação às mágoas, às coisas passadas, mas não estou não. [REL]*

☺ C: *Então, assim: eu já vi que eu não gosto de fazer o que eu faço. Eu não gosto de estar ali participando daquilo (...) Fazer o quê? ... Eu não tenho estudo. Não gosto de estudar. (...) Eu sei que está errado. Está super, super, super errado. Eu*

sei que eu tenho capacidade. Eu sei que eu tenho. Mas eu não consigo ir para uma escola, eu não consigo estudar, ali sentado. [REL]

⌚ C: *Aí a gente acabou discutindo feio... aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza...* [REL]

(4) Relato de estados motivacionais ou tendências a ação: Verbalizações que sugerem a "força" ou a probabilidade da ocorrência de alguma resposta possivelmente relacionada com uma emoção.

Exemplos:

⌚ C: *Naquela hora eu só queria gritar e sair correndo dali...* [REL]

⌚ C: *Eu tenho uma vontade de pegar ele no colo e encher de palmadas...* [REL]

⌚ C: *É inútil. Eu me pergunto por que eu vim aqui hoje. Seria melhor eu parar a terapia.* [REL]

⌚ C: *Chegou ao ponto no qual eu não pensei que eu pudesse viver com ele mais porque ele era tão difícil (se referindo a seu filho). Eu até tive vontade de matá-lo. Ele é tão ruim...* [REL]

⌚ C: *Aquela vaca da minha irmã continua fazendo as mesmas coisas. Estou tão cansada de ficar tendo que provar o tempo todo pras pessoas que as coisas que ela diz são tudo mentira. Às vezes tenho vontade de sumir, pra eles sentirem um pouco a minha falta.* [REL]

(5) Julgamento ou avaliação: Cliente relata sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

⌚ C: *É... foi até engraçado. Chega com um calhamaço de flores (risos). Nunca recebi flores na minha vida. (risos) Achei aquilo o absurdo do absurdo.* [REL]

⌚ C: *O M. é mesmo uma pessoa risível... fica o tempo todo posando de bonzinho e não passa de um incompetente metido a besta. É incrível como ele consegue enganar todo mundo com aquela cara de boi sonso...* [REL]

Caracterização geral da categoria

RELATO contempla verbalizações nas quais o cliente descreve ou informa ao terapeuta a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, respostas emocionais suas ou de terceiros, seus estados motivacionais e/ou tendências a ações, sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) RELATO inclui respostas para perguntas do terapeuta ou informações factuais sobre eventos passados ou presentes.

(b) RELATO pode ser categorizado tanto em situações nas quais o terapeuta solicita maiores detalhes ou esclarecimentos sobre a queixa do cliente ou eventos relatados pelo cliente como em situações de conversa ou “bate-papo” sobre assuntos diversos.

(c) Caso o pesquisador tenha como objetivo analisar as emoções no processo terapêutico, deve considerar tanto as ocorrências das subcategorias de RELATO de Relato de estados motivacionais ou tendências a ação quanto as classes relativas ao qualificador Tom emocional.

Cliente relata melhora ou progresso terapêutico

Sigla: MEL

Nome resumido: MELHORA

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Relatos de ganhos terapêuticos: Cliente relata ganhos em metas importantes ou

positivas, ou diminuição de problemas com relação a queixas médicas ou à suas queixas terapêuticas.

Exemplos:

⌚ C: *Eu fiquei muito orgulhoso quando eu vi que eu dei conta de fazer aquilo.*

[MEL]

⌚ C: *Estou me sentindo muito bem. Depois da internação assim: todos os meus problemas acabaram, sabe - fisicamente falando.* [MEL]

(2) Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros: Cliente relata melhoras com relação ao comportamento de terceiros que têm relação com a queixa apresentada pelo cliente.

Exemplo:

⌚ C: *As coisas estão bem mais tranqüilas... O P. está mais atencioso... ele está entendendo que eu preciso de alguns momentos nos quais eu preciso cuidar das minhas coisas, ficar um pouco comigo mesma...* [MEL]

(3) Relatos de autocontrole: Relato de medidas de autocontrole ou medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações.

Exemplos:

⌚ C: *então eu comecei a caminhar toda noite, antes de ir dormir.* [MEL]

⌚ C: *Você vê que eu estou bem mais controlada.* [MEL]

⌚ C: *Ao contrário do que eu vinha fazendo, ontem eu imaginei cenas calmas, e isso me ajudou a relaxar e pegar no sono mais rapidamente.* [MEL]

⌚ C: *É como eu te disse, na semana passada. Eu tô começando a fazer isso, sabe. Eu tô me impondo mais pra sair, pra conhecer gente, entendeu? Tô conhecendo mais gente.* [MEL]

(4) Relatos de autoconsciência: Cliente relata que descobriu, tomou consciência ou passou a aceitar ou compreender eventos dos quais ele até então não havia se dado conta ou não havia compreendido, sugerindo explicitamente um ganho do ponto de vista terapêutico (com verbalizações do tipo “agora eu entendo”, ou “agora faz sentido”, “é isso!”, “é claro!” etc.). Esse tipo de verbalização é conhecido na literatura clínica sob o termo *insight*.

Exemplo:

⌚ C: *Depois da sessão passada eu fiquei pensando em tudo o que a gente conversou e vi que, de fato, o casamento acabou há muito tempo... acho que eu estou com medo de assumir isso e correr todo o risco.* [MEL]

Caracterização geral da categoria

MELHORA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente relata mudanças satisfatórias com relação à sua queixa clínica, problemas médicos, comportamentos relacionados à sua queixa, ou comportamentos considerados, pelo cliente ou pelo terapeuta, como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à melhora).

Crítérios de inclusão ou exclusão

Quando o cliente descreve fatos ocorridos que exemplificam a situação descrita por ele como MELHORA, categorize MELHORA.

Cliente formula metas

Sigla: MET

Nome resumido: METAS

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Planejamento de estratégia: Cliente contribui com planos para mudar sua estratégia

de ação por conta própria.

Exemplo:

⌚ C: *Eu acho que um primeiro passo deve ser eu ir com uma amiga a um restaurante.* [MET]

(2) Proposta de ações futuras: Cliente propõe ações futuras (solicitadas ou não pelo terapeuta) para a solução de problemas específicos.

Exemplos:

⌚ T: *E o que você pretende fazer a respeito disso?* [SRE]

C: *Vou ligar para ela e conversar sobre o que aconteceu.* [MET]

⌚ C: *Tomei uma decisão... eu vou pedir a dissolução da sociedade com meus irmãos* [MET]

Caracterização geral da categoria

METAS contempla verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Verbalizações que começam com “eu acho que...”, “penso que o melhor a fazer é...”, quando se referem a projetos e ações futuras do cliente, devem ser classificadas como METAS, e não RELATO.

(b) Relatos de desejos ou vontades são considerados como descrição de Estados motivacionais e/ou tendências a ação e, portanto, categorizados como RELATO apenas quando se referem a tendências imediatas a ação. Quando se referem a projetos futuros ou propostas de ações a serem executadas fora da terapia, devem ser categorizada como METAS.

Exemplo:

⌚ C: *Tenho uma vontade de falar umas poucas e boas para aquela fulaninha* [REL].

C: *Um dia ainda vou conseguir fazer isso* [MET].

(c) Na dúvida entre RELATO e METAS, categorize RELATO.

(d) METAS diferencia-se de MELHORA porque a última é apenas um relato de eventos e medidas já ocorridos, enquanto a primeira inclui descrição de planos e ações a serem executados.

Cliente estabelece relações entre eventos

Sigla: CER

Nome resumido: RELAÇÕES

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

(1) Estabelecimento de relações explicativas: Cliente fornece razões para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais - relações do tipo “se... então”.

Exemplos:

⌚ C: *Eu acho que eu trabalho tanto porque assim eu evito discussões em casa.* [CER]

⌚ C: *É um bloqueio, estou lutando contra isso.* [CER]

(2) Identificação de regularidades, relações de contigüidade ou de correlação entre eventos: Cliente descreve sua observação sobre padrões recorrentes de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal.

Exemplos:

⌚ C: *É engraçado... todas as vezes que eu quero as coisas de verdade, elas*

acabam não dando certo. [CER]

⌚ C: *É sempre assim... todas as vezes que ele chega em casa tarde, ele arruma algum motivo pra brigar, e aí eu não consigo dizer pra ele o quanto me deixa nervosa a hora que ele chega...* [CER]

(3) Atribuição de diagnóstico: Cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas de terceiros, dele mesmo ou do terapeuta.

Exemplos:

⌚ C: *Eu acho que estou deprimindo...* [CER]

⌚ C: *Essa história de ficar desviando a atenção o tempo inteiro me parece muito com o Déficit de Atenção. Eu acho que meu pai tinha isso também...* [CER]

⌚ C: *Hoje eu acho até que ela tá com Síndrome do Pânico, porque ela tá com umas coisas...* [CER]

(4) Estabelecimento de síntese: Sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros).

Exemplo:

⌚ C: *Aí eu fico pensando... Quem mais me deixa tão irritada dessa forma? Só pode ser a minha mãe... eu estou agindo com ele da mesma forma como eu ajo com a minha mãe.* [CER]

(5) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de sentimentos de terceiros que não tenham sido relatadas ou descritas por qualquer pessoa.

Exemplos:

⌚ C: *Eu fiquei com dó... fiquei preocupada com ele... um sentimento que eu acho que ele não tem por mim...* [CER]

⌚ C: *Ele tá fazendo aquilo obrigado, pra não me chatear, porque naturalmente ele não faria isso...* [CER]

(6) Previsão sobre eventos futuros: Cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos seus ou de terceiros.

Exemplo:

⌚ C: *Meu único receio é quer isso mascare uma situação entende? Que a gente possa sentir depois de um ano ou dois que a gente tiver nosso filho...* [CER]

(7) Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de consequências: Cliente discorre a respeito de seus pensamentos ou reflexões sobre determinado tema, elaborando algum tipo de relação explicativa, causal ou de regularidade entre eventos, ou levantando alternativas de ação e suas possíveis consequências (análise de consequências).

Exemplos:

⌚ C: *Eu fico pensando... pra que serve tudo isso? A gente trabalha, trabalha, aí porque a gente trabalha tanto, acha que tem o direito de comprar tudo o que é bobagem... e aí se endivida até não poder mais... e precisa trabalhar mais e mais... que sentido tem?* [CER]

⌚ C: *Eu até tava lendo uma reportagem lá na sala de espera dizendo o porquê que mulher chora tanto... eu pensei... será que é uma coisa de mulher então?* [CER]

⌚ C: *Aí a gente acabou discutindo feio... [REL] aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza isso...* [CER]

Caracterização geral da categoria

RELAÇÕES é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente estabelece relações

causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contigüidade) entre eventos, descrevendo-as de forma explícita ou sugerindo-as por meio de metáforas ou analogias.

CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

- (a) RELAÇÕES inclui todo o raciocínio apresentado dentro de uma mesma verbalização, imediatamente antes da formulação de uma conclusão ou de uma explicação, incluindo a descrição de eventos que dão elementos para a relação estabelecida.
- (b) O início de ocorrência de uma verbalização do tipo RELAÇÕES é marcado tipicamente por palavras do tipo “porque”, “então”, “assim...”, “é que...”, “eu acho que...”, “eu fico pensando...”. Entretanto, o simples uso de tais termos, ou a descrição de eventos em sequência ou eventos temporalmente próximos não caracteriza necessariamente a ocorrência de um estabelecimento de RELAÇÕES. Uma verbalização deste tipo só é categorizada como RELAÇÕES quando faz referência a padrões recorrentes, relações de contigüidade ou explicações.
- (c) Verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de reflexão por parte do terapeuta são tipicamente caracterizadas como RELAÇÕES, a não ser que o cliente desvie o assunto ou solicite mais informações.
- (d) Quando o cliente afirma que não consegue ou que tem dificuldade em entender o porquê algum evento ocorre, embora não contenham nenhuma relação estabelecida, indicam uma tentativa de estabelecimento de relações ou sugerem que esse é um evento irregular e que, portanto, não haveria explicação para sua ocorrência. Em qualquer dos casos, a verbalização do cliente deve ser categorizada como RELAÇÕES.
- (e) Quando uma pergunta é feita como parte de uma relação estabelecida pelo cliente, ou como pedido de confirmação de relação estabelecida pelo cliente, não é registrada a categoria SOLICITAÇÃO; apenas registre a ocorrência da categoria RELAÇÕES.
- (f) Na dúvida entre RELAÇÕES e SOLICITAÇÃO, categoriza SOLICITAÇÃO.
- (g) Reflexões do cliente que apenas discorrem sobre pensamentos ou sentimentos do cliente com relação a eventos, mas sem estabelecer nenhum tipo de relação causal, explicativa, correlacional ou de contigüidade entre eventos não são categorizadas como RELAÇÕES, e sim em RELATO.
- (h) Em uma verbalização que estabelece relações de contigüidade entre eventos, deve estar explícito no relato do cliente que ele estabelece relação entre os eventos. Caso contrário, categorize RELATO. A mera descrição de eventos em sequência temporal não caracteriza o estabelecimento de RELAÇÕES. Na dúvida entre RELAÇÕES e RELATO, categorize RELATO.
- (i) Na dúvida entre RELAÇÕES e RELATO, categorize RELATO.

Cliente relata concordância ou confiança

Sigla: CON

Nome resumido: CONCORDÂNCIA

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

- (1) Avaliações favoráveis sobre o terapeuta: Cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não.

Exemplos:

☺ C: *É. Você tem razão. Eu ando evitando muito certas coisas.* [CON]

C: *Legal.. boa idéia...* [CON] *Ainda hoje vou ligar pro meu orientador... aí vou conversar sobre a data da defesa com ele.* [REL]

- (2) Relatos de esperança: Cliente relata que está esperançoso de que o trabalho terapêutico poderá ajudá-lo.

Exemplo:

⌚ C: *sabe... eu não sou muito de acreditar em terapia... mas dessa vez estou achando que eu vou conseguir resolver meus medos* [CON]

(3) Relatos de satisfação: Cliente relata satisfação ou contentamento com os resultados alcançados com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

⌚ C: *Você é uma das responsáveis, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas* [CON], *porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e to tentando encontrar o caminho, não é? Sem tanto medo de ser feliz.* [REL].

(4) Relatos de seguimento de solicitação de reflexão: Cliente relata ter refletido a respeito de interpretações ou recomendações dadas pelo terapeuta.

Exemplo:

⌚ C: *Essa semana eu pensei bastante naquilo que a gente conversou na última sessão* [CON]... *de fato, a melhor coisa a fazer é eu ficar em casa por mais um tempo, e depois eu penso se quero me separar ou não* [MET]... *você tinha mesmo razão.* [CON]

(5) Indicações de atenção: Comentários breves ou expressões vocais curtas emitidas pelo cliente, que sugerem que ele está prestando atenção e que o terapeuta deveria continuar falando. Comentários apresentados após uma descrição do terapeuta, que inferem a continuidade da descrição, sugerindo interesse no assunto e demonstrando que está atento ao relato.

Exemplos:

⌚ C: *claro...* [CON]

⌚ C: *Certo...* [CON]

⌚ T: *é importante que você procure se concentrar nas datas dos...*

C: *nos prazos de inscrição...* [CON]

(6) Indicações de entendimento: Verbalizações que sugerem compreensão ou entendimento de uma informação, interpretação ou recomendação apresentada pelo terapeuta, seguidas ou não da descrição de eventos que corroboram a análise ou descrição apresentada.

Exemplo:

⌚ C: *é... faz sentido... sou eu quem devo escolher as minhas coisas... deixar os outros decidirem por mim é fácil, mas eu só adio o problema* [CON]

(7) Exclamações de concordância: Comentários em forma de exclamação, apresentados após a descrição de eventos por parte do terapeuta, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

⌚ C: *É mesmo?* [CON]

⌚ C: *Não acredito!* [CON]

⌚ C: *Nossa!* [CON]

Caracterização geral da categoria

CONCORDÂNCIA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta ou relata satisfação, esperança ou confiança no terapeuta e/ou no processo terapêutico. Inclui também verbalizações nas quais o cliente complementa ou resume a fala do terapeuta ou episódios nos quais o cliente sorri em concordância com o terapeuta.

Critérios de inclusão / exclusão

(a) Quando, imediatamente após uma análise ou recomendação do terapeuta, o cliente

apresenta uma descrição de eventos que corroboram a análise ou concordam com a recomendação do terapeuta, categorize CONCORDÂNCIA, e não RELATO.

(b) Quando a concordância é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da concordância, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CONCORDÂNCIA.

(c) Na dúvida entre CONCORDÂNCIA e RELATO, categorize RELATO.

(d) Quando o cliente relata uma MELHORA e, na mesma sentença, atribui ao terapeuta a responsabilidade ou o mérito por esta melhora, cada trecho da sentença deve ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.

(e) Na dúvida entre MELHORA E CONCORDÂNCIA, categorize MELHORA.

(f) Quando o cliente relata concordância com uma verbalização do terapeuta e, em seguida, relata algum projeto de mudança ou de ação (META), cada trecho da sentença deverá ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.

(g) Na dúvida entre META E CONCORDÂNCIA, categorize META.

Cliente se opõe, recusa ou reprova

Sigla: OPO

Nome resumido: OPOSIÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão incluídos nesta categoria

(1) Queixas ou reclamações sobre a terapia: Cliente queixa-se do terapeuta ou do tratamento, descreve falhas deste ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

⌚ C: *Esta técnica de time-out não está funcionando com meu filho.* [OPO]

(2) Relatos de descontentamento: Cliente relata seu descontentamento com o terapeuta, a terapia e/ou certos pontos da terapia ou diz ao terapeuta que ele não o está ajudando em sua queixa.

Exemplo:

⌚ C: *Eu acho que você e seu programa de tratamento não atingem os meus padrões para a terapia.* [OPO]

(3) Indicações de contradição: Cliente aponta discrepâncias ou contradições no discurso do terapeuta (seja em tom confrontativo ou agradável). (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

⌚ C: *Até a semana passada, você disse que eu deveria respeitar o meu ritmo e agora você vem me cobrar que eu estou indo devagar demais...* [OPO]

(4) Relatos de sentimentos negativos: Relato do cliente de que não gosta do terapeuta ou de algo que ele faça ou que não está sentindo-se bem com algum aspecto relativo ao comportamento do terapeuta.

Exemplo:

⌚ C: *Eu não gosto do jeito que você me olha... parece que tem dois faróis na minha cara...* [OPO]

(5) Ironia dirigida ao terapeuta: Comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao terapeuta. Cliente ri de algo que o terapeuta disse ou fez. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

⌚ C: *Se você pensa que isto vai funcionar, você está louco.* [OPO]

(6) Relatos de incredulidade: Comentários do cliente que sugerem incredulidade a respeito de qualquer verbalização ou ação do terapeuta ou que sugerem que o terapeuta não tem conhecimento ou experiência suficiente para ajudá-lo.

Exemplos:

- ⌚ C: *Que idade você tem?* [SOL] *Você parece tão novinha...* [OPO]
- ⌚ C: *Eu vi no seu currículo Lattes que você tem bastantes publicações.* [REL] *Você tem experiência mesmo ou é daqueles acadêmicos que fica atrás da escrivaninha?* [OPO]

(7) Pedidos de interrupção: Ordens ou pedidos de parada ou mudança do comportamento do terapeuta dentro da sessão ou da própria sessão.

Exemplo:

- ⌚ C: *Pare de perguntar sobre isso. Eu não quero mais falar sobre esse assunto.* [OPO]

(8) Ameaças: Cliente apresente qualquer tipo de ameaça ao terapeuta.

Exemplo:

- ⌚ C: *Acho que você não tá entendendo... sabe porque eu parei a minha última terapia? Porque eu arrebentei todo o consultório dele...* [OPO]

(9) Recusas: Cliente se nega a falar a respeito de um tema solicitado pelo terapeuta ou se recusa a se engajar em algum exercício.

Exemplo:

- ⌚ *Eu não estou interessado em ensaio comportamental. Eu não sou um ator.* [OPO]

(10) Desvios do assunto: Verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de relato por parte do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado, quer o cliente explicita ou não seu interesse em mudar de assunto.

Exemplo:

- ⌚ T: *Você já se deu conta que o seu único critério para a escolha de um curso é o que ele tem de chato?* [INT] (situação na qual terapeuta e cliente discutem a escolha de um curso universitário)

C: *Minha cabeça está doendo...* [OPO]

(11) Recusas de elogios: Cliente discorda ou se opõe a um elogio feito pelo terapeuta.

Exemplo:

- ⌚ T: *Você está muito bonita hoje.* [APR]

C: *Não to bonita. Tô com uma roupinha velha que eu achei.* [OPO]

(12) Relatos de não seguimento: Cliente relata o não seguimento de alguma recomendação do terapeuta ou que fez algo que o terapeuta havia desaconselhado, em tom hostil ou de desafio ou acompanhado de crítica à tarefa proposta. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplos:

- ⌚ C: *Eu falei pra você que eu não ia fazer o que você me pediu.* [OPO]
- ⌚ C: *Não consegui fazer aquele exercício. Aliás, eu o achei muito idiota.* [OPO]

Caracterização geral da categoria

OPOSIÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Simples correção de fatos não é codificada como OPOSIÇÃO.

Exemplo:

- ⌚ T: *Você mora na Rua Cardoso de Almeida, né?* [SRE]

C: *Não, é na Rua Tupi.* [REL]

(b) A categoria OPOSIÇÃO deve se referir apenas a afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Não inclui reclamações e observações negativas sobre outros assuntos, pessoas etc., dentro ou fora da sessão de terapia. Estas declarações entram em outras categorias, conforme sua adequação.

(c) OPOSIÇÃO também é codificada para comportamentos não verbais de não seguimento. Estes comportamentos devem acontecer em seguida a uma recomendação ou a um comando de parada do terapeuta dentro da sessão.

Exemplo:

☺ T: *Vamos ver se a gente se concentra no exercício?*[REC]

C: *Levanta para pegar uma bala.* [OPO]

(d) Se um pedido é apresentado ao terapeuta em tom claramente hostil, sarcástico, de desafio ou como uma ordem, não categorize SOLICITAÇÃO, e sim OPOSIÇÃO, ainda que esta resposta tenha sido solicitada pelo terapeuta. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(e) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e SOLICITAÇÃO, categorize SOLICITAÇÃO.

(f) Quando o cliente culpa o terapeuta por qualquer tipo de problema que ele está descrevendo, não é categorizado RELATO, mas sim OPOSIÇÃO.

(g) Quando OPOSIÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da OPOSIÇÃO, é registrada unicamente a ocorrência da categoria OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui todas as declarações que explicam o porquê o cliente discorda do terapeuta.

(h) O relato do cliente de que não fez alguma tarefa, ou de que fez algo que o terapeuta desaconselha, é considerado OPOSIÇÃO apenas quando em tom hostil ou desafiador, ou quando acompanhado de crítica à tarefa ou recomendação proposta. Quando não há essas características, utilize a categoria RELATO. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(i) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e RELATO, categorize OPOSIÇÃO.

(j) Quando, imediatamente após uma análise ou recomendação do terapeuta, o cliente verbaliza concordância, mas sugere que apesar disso, não consegue mudar ou fazer o que foi proposto ou que é culpa sua (do cliente) das coisas estarem assim, categorize OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui verbalizações do tipo “Sim, mas...”.

Exemplo:

☺ T: *Você pode imaginar como ela deve ter se sentido?* [SRE]

C: *Sim, mas eu a conheço melhor que qualquer um e acho que não foi nada demais.* [OPO]

(k) Uma resposta do cliente que preencha os critérios anteriormente descritos é considerada OPOSIÇÃO, mesmo que tenha sido solicitada pelo terapeuta.

(l) Verbalizações como “certo”, “hmm hmm”, “ok”, quando ditas sarcasticamente, em tom hostil, desafiador ou sugerindo que o terapeuta seja mais rápido ou conclua logo seu raciocínio, não devem ser categorizada como CONCORDÂNCIA, e sim como OPOSIÇÃO. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(m) Quando o cliente retoma uma análise apresentada anteriormente pelo terapeuta (ou mesmo quando ele afirma que concordou com a análise) como justificativa para o seu fracasso em efetuar uma mudança desejada, ou para o não engajamento em algo que havia sido planejado, classifique OPOSIÇÃO.

(n) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e CONCORDÂNCIA, categorize OUTRAS.

Outras verbalizações do cliente

Sigla: COU

Nome resumido: OUTRAS VOCAL CLIENTE

Categoria tipo: estado

Estão incluídos nesta categoria

(1) Acertos ocasionais: Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

⌚ C: *Então fica as quatro na semana que vem?* [COU]

(2) Recuperações de assunto: Descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo terapeuta devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

⌚ T: *Do que mesmo que a gente tava falando?* [TOU]

C: *Sobre a minha mãe.* [COU].

⌚ C: (após interrupção da sessão): *Então, você estava me falando sobre a medicação...* [TOU].

(3) Outras respostas verbais do cliente: Verbalizações ocasionais alheias ao tema em discussão e que não cabem em nenhuma categoria anterior.

Exemplos:

⌚ C: *Posso fumar?* [COU]

⌚ C: *Nossa, que calor.* [COU]

⌚ C: *Acho melhor marcar o endereço aqui.* [COU]

Caracterização geral da categoria

Esta categoria contempla verbalizações do cliente não classificáveis nas categorias anteriores. Inclui também verbalizações do cliente ao cumprimentar o terapeuta em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções ou comentários ocasionais alheios ao tema em discussão.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) São considerados OUTRAS VOCAL CLIENTE comentários ocasionais, ou seja, verbalizações do cliente que não acarretam em continuidade do assunto (seja por parte do terapeuta ou do cliente). Um comentário desse tipo deve ser seguido por continuidade do assunto que estava em discussão anteriormente.

Exemplo:

⌚ C: *Esse quadro é novo? Eu nunca havia notado ele aqui.*

Cliente permanece em silêncio

Sigla: CSL

Nome resumido: C SILÊNCIO

Categoria tipo: estado

Esta categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do cliente é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.

Quando não há outra resposta verbal do cliente do tipo estado, a categoria C SILÊNCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do terapeuta ocorrer.

APÊNDICE A

TERAPIAS BEM SUCEDIDAS: CATEGORIZAÇÃO POR DÍADES (TERAPEUTA E CLIENTE)

Resultado da categorização por díades (Terapeuta e Cliente) nas Terapias Bem Sucedidas

Terapia da Cliente 1 com a Terapeuta A:

Figura 16. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 1.

Figura 17. Porcentagem da categorização da Cliente 1 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 4 com a Terapeuta A:

Figura 18. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 4.

Figura 19. Porcentagem da categorização da Cliente 4 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 5 com a Terapeuta A:

Figura 20. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 5.

Figura 21. Porcentagem da categorização da Cliente 5 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 8 com a Terapeuta A:

Figura 22. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 8.

Figura 23. Porcentagem da categorização da Cliente 8 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia do Cliente 19 com a Terapeuta A:

Figura 24. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com o Cliente 19.

Figura 25. Porcentagem da categorização do Cliente 19 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 21 com a Terapeuta B:

Figura 26. Porcentagem da categorização da Terapeuta B na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Cliente 21.

Figura 27. Porcentagem da categorização da Cliente 21 na quarta sessão da Terapia Bem Sucedida com a Terapeuta B.

APÊNDICE B

TERAPIAS MAL SUCEDIDAS: CATEGORIZAÇÃO POR DÍADES (TERAPEUTA E CLIENTE)

Resultado da categorização por díades (Terapeuta e Cliente) nas Terapias Mal Sucedidas

Terapia do Cliente 7 com a Terapeuta A:

Figura 28. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 7.

Figura 29. Porcentagem da categorização do Cliente 7 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia do Cliente 12 com a Terapeuta A:

Figura 30. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 12.

Figura 31. Porcentagem da categorização do Cliente 12 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 13 com a Terapeuta A:

Figura 32. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 13.

Figura 33. Porcentagem da categorização da Cliente 13 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia da Cliente 18 com a Terapeuta C:

Figura 34. Porcentagem da categorização da Terapeuta C na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 18.

Figura 35. Porcentagem da categorização da Cliente 18 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta C.

Terapia da Cliente 20 com a Terapeuta A:

Figura 36. Porcentagem da categorização da Terapeuta A na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Cliente 21.

Figura 37. Porcentagem da categorização da Cliente 21 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com a Terapeuta A.

Terapia do Cliente 25 com o Terapeuta D:

Figura 38. Porcentagem da categorização do Terapeuta D na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Cliente 30.

Figura 39. Porcentagem da categorização do Cliente 30 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Terapeuta D.

Figura 40. Frequência da categorização do Cliente 30 na quarta sessão da Terapia Mal Sucedida com o Terapeuta D.