

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARCIA KAMEYAMA

Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos  
no terapeuta

São Paulo  
2012

MARCIA KAMEYAMA

Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos  
no terapeuta

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

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

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

Kameyama, Marcia.

Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta / Marcia Kameyama; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2012.

127 f.

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

1. Terapia Comportamental 2. Emoções 3. Processos psicoterapêuticos I. Título.

RC489.B4

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcia Kameyama

Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

Aprovada em : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*À Deus, que entre muitas coisas, me deu o maior presente da minha vida: a minha família, a quem também dedico este trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

À professora **Sonia Meyer** que tem sido minha referência profissional desde a graduação. Com suas supervisões nos últimos anos de curso, me apaixonei perdidamente pela Psicologia, quando finalmente me defini como Analista do Comportamento. Após a formatura, foi com o que aprendi com ela que cresci como terapeuta e pesquisadora. Mas além do papel profissional que ela cumpre em minha vida, há o pessoal. Esta pessoa que amo e respeito, não poderia ter sido companheira melhor nesses anos, em que seus conselhos, carinho, apoio e críticas me fizeram crescer também como pessoa. Ela com certeza é um modelo forte a ser seguido, sem jamais tolher a liberdade de quem a segue!

À minha **mãe** que me ensinou todas as prioridades que se deve ter na vida. Me ensinou a ser disciplinada e determinada, sem deixar de ser afetuosa e suave. Sem sombra de dúvidas a pessoa que mais contribuiu para quem eu sou hoje e que vire e mexe acho um pedacinho dela em mim. Te amo muito e os períodos em que não pude estar com você por causa do mestrado me doeram muito. Ao meu **pai** que de tantas maneiras diferentes e próprias sempre esteve ao meu lado. O pai que não esconde o orgulho que tem dos filhos! Talvez você nem saiba, mas você me acolheu nos momentos em que mais me senti sozinha.

À minha irmã **Silvana** que é minha companheira desde a barriga da mamãe. Pelos papos ao telefone, por me deixar pensar alto enquanto eu escrevia a dissertação e se interessar por como estava progredindo meu trabalho. Por saber aplacar meus momentos de desespero e pânico gerados pelo mestrado e por me ensinar probabilidade condicional! Ao meu irmão **Oswaldo** por ser um segundo pai, sempre protetor e carinhoso. Por saber tudo e me explicar! Um modelo de que quando se ama o que faz, o trabalho é feito muito bem feito!

Às **terapeutas** que participaram deste estudo e se dispuseram a filmar suas sessões, coisa que nem sempre é agradável e confortável. Vocês foram muito corajosos. E às seus **clientes** que se dispuseram a dividir comigo momentos tão íntimos para que este trabalho pudesse acontecer.

Às professoras **Juliana Donadone** e **Martha Hubner** pelas contribuições no exame de qualificação.

Às professoras **Maria Teresa Araujo Silva** e **Miriam Garcia-Mijares** por me fornecerem à base da minha formação como pesquisadora, por todo apoio e incentivo, e por serem amigas queridas.

À **Erica Maria Machado Santarém** por toda compreensão e ajuda nesses últimos anos. Por me ajudar a crescer como psicóloga e pesquisadora e por confiar em mim quando nem eu mesma confiava.

À **Alessandra Villas-Boas** (Hartmann!!) primeiramente por toda contribuição a este trabalho, por colocar a mão na massa e por me ajudar a planejar os passos que deviam ser seguidos. Em segundo lugar por esses anos de amizade, regados de um companheirismo sem tamanho, pelas lágrimas enxugadas, por acolher minhas explosões e acompanhar minhas gargalhadas!

À **Ana Torres** por ser Ana Torres! Por me mostrar que mesmo quando as diferenças entre duas pessoas existem, a amizade pode coexistir! Obrigada por ser doce e companheira. Por sair correndo para me acudir. E por toda a ajuda dada a este trabalho!

À **Tauane Gehm** por se preocupar com este trabalho mesmo quando eu não pedia socorro! Por ser aquela que deixava meus dias de trabalho duro mais leves. Por rir comigo das coisas mais banais e se mostrar presente das mais diversas maneiras! Dentes de leão, bolhas de sabão e amigos imaginários jamais serão coisas insignificantes.

À **Fernanda Croaro Fernandes** por toda colaboração a este trabalho.

Aos amigos mais que queridos do grupo da Sonia, por todas as discussões e bagunças, por todo apoio e críticas: **Victor** - meu eterno bixo, que ganhou meu carinho e admiração, **Patrícia** - companheira desde o início do mestrado, **Milena** - pequerrucha louca que me acordava morrendo de dó para me fazer trabalhar, **Claudia** - por estar disponível a ajudar, mesmo que o único horário livre fosse meia noite, **Dani, Carol** - por deixar meus gráficos mais bonitos, **Rejane, Hérika e Roosevelt**.

Aos amigos **Marcelo Vitor, Felipe Arruda, Lugui e Luana** que de tantas formas deixaram o período do mestrado menos louco.

À **Núria** por ser um verdadeiro anjo na minha vida e à **Tânia** por toda compreensão e pelas palavras certas de apoio.

A todos os **amigos** que foram mais que pacientes e me apoiaram em cada momento mais difícil desse caminho louco chamado mestrado. E que com certeza me colocarão numa camisa de força quando eu disser a palavra doutorado.

À minha **psicóloga** por cumprir papel essencial na minha vida.

À **Claudia** e à **Cícera** por estarem disponíveis a ajudar, sempre com muita competência e carinho.

Ao **Vinicius** por ajudar no cálculo de concordância às pressas.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Kameyama, M. (2012). Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Em psicoterapia, à medida que o terapeuta cria as condições necessárias para que um relacionamento íntimo seja construído com o cliente, comportamentos problema, da mesma classe daqueles que são emitidos em seu ambiente natural, podem aparecer em sessão, podendo constituir-se em respostas improdutivas para o processo terapêutico (sejam elas respostas agressivas ou de esquiva). O modo como o terapeuta responde a esses comportamentos pode ter efeitos diferentes na aliança terapêutica, que é tida como preditora de resultados terapêuticos. Estudos indicaram que terapeutas apresentariam tendência a responder a clientes resistentes ou hostis com contra-hostilidade, frieza e distanciamento. Os terapeutas que obtiveram bons resultados em manejar tais situações realizaram intervenções interpretativas e não diretivas, focando na relação terapêutica. Entretanto, houve dificuldade de se encontrar trabalhos que tenham analisado o comportamento do terapeuta por meio de observação direta em situações que eliciam nele sentimentos negativos. O presente trabalho se propõe a investigar esse tipo de interação. Nesta linha, pretendeu-se verificar (1) se o terapeuta altera, no decorrer do processo terapêutico, sua resposta aos comportamentos do cliente que eliciam sentimentos negativos, demonstrando que está sensível ao impacto de suas intervenções no comportamento do cliente e vice-versa; e (2) se houve diminuição desses comportamentos do cliente, sendo, mesmo que indiretamente, uma medida de eficácia das intervenções terapêuticas. Para isso, foram filmadas sessões de três terapeutas analítico-comportamentais (T1, T2a e T2b) e uma estudante de psicologia (T3) e seus clientes. As terapeutas responderam a questionário pós-sessão durante todo o período de coleta de dados com o objetivo de identificar a ocorrência de sentimentos negativos nas sessões. Os comportamentos de terapeuta foram categorizados com o Sistema Multidimensional de Categorização da Interação Terapêutica. Para os comportamentos de clientes foram elaboradas categorias com o auxílio das transcrições dos áudios das supervisões. Os resultados indicaram que quatro comportamentos foram observados como eliciadores de sentimentos negativos para todas as terapeutas: *Falta de Diálogo*, *Fala Superficial*, *Oposição* e *Atenuar*. De maneira geral, as interações desse tipo corresponderam a um pouco mais de um terço do total da sessão. Houve uma prevalência das categorias *Facilitação*, *Empatia* e *Solicitação de Relato* nas intervenções de todas as terapeutas a esses comportamentos, confirmando dados da literatura para clientes difíceis. *Facilitação* e *Empatia* apresentaram muitas vezes padrões de ocorrência diferenciados, entendendo-se que *Empatia* é uma intervenção mais ativa que *Facilitação*. Ainda, a categoria *Facilitação* indicaria problemas na condução do caso, quando apresenta predominância muito acentuada entre as categorias ou quando tem percentuais muito baixos. Nas situações que produziram melhores resultados a *Facilitação* apresentava proporções próximas de outras categorias do terapeuta. As demais categorias foram agrupadas em *Interventivas* e apresentaram diferentes tendências dependendo do resultado da terapia. T1 apresentou tendência de aumento na categoria *Interventivas* no decorrer das sessões, sendo este o único caso que continuou em atendimento e que apresentou comportamentos de melhora expressivos. As respostas das terapeutas foram diferentes de acordo com a categoria de cliente, em que é possível inferir que cada uma delas lida melhor com alguns comportamentos das clientes que com outros.

**Palavras-chave:** Terapia Comportamental, Emoções, Processos Psicoterapêuticos.



Kameyama, M. (2012). Interventions on client behaviors that produce negative feelings in the therapist. Master Thesis, University of São Paulo, São Paulo.

In psychotherapy, as the therapist creates the necessary conditions for an intimate relationship with the client, some problem behaviors may appear in session, which can be of the same class of those that the clients display in their natural environment. These behaviors may be unproductive responses to the therapeutic process (aggressive or avoidance responses). The way the therapist responds to these behaviors may have different effects on the therapeutic alliance, which is regarded as a predictor of therapeutic results. Studies have indicated that therapists would present a tendency to respond to resistant and hostile clients with counter-hostility, coldness and detachment. Therapists who have been successful in handling such situations made interpretative and non directive interventions, focusing on the therapeutic relationship. However, it was difficult to find studies which investigated the therapist behavior through direct observation in situations in which he had negative feelings. This study proposed to investigate the therapeutic interaction in sessions which produce negative feelings in therapist. Thus it intends to examine (1) whether the therapist, having supervision, changes his behavior over the course of the therapeutic process, in response to the client's behaviors that generate negative feelings and (2) whether these client's behaviors decrease, which can be an indirect measure of efficacy of therapeutic interventions. Sessions of three behavior-analytic therapists and a psychology student were videotaped. The therapists completed a questionnaire after each session in order to identify if any adverse situation had occurred. The therapist behaviors were coded with the Multidimensional System for Coding Behaviors in Therapist-Client Interaction. Clients' behaviors categories were developed based on audio transcripts of supervisions. The results indicated that four behaviors were observed as eliciting negative feelings for all therapists: *Lack of Dialogue*, *Superficial Talk*, *Opposition* and *Attenuation*. In general, interactions of this type correspond to a third part of the session. There was a prevalence of categories *Facilitation*, *Empathy* and *Request Report* for all therapists in response to these behaviors, confirming literature data for difficult clients. *Facilitation* and *Empathy* often showed different patterns of occurrence, being *Empathy* a more active intervention than *Facilitation*. The category *Facilitation* indicates problems in conducting the case, when it presents very marked predominance among the categories or when it presents very low percentages. In situations with better results *Facilitation* had proportions similar to other therapist categories. The remaining categories were grouped into *Interventional* and showed different trends depending on the outcome of therapy. T1 tended to increase the *Interventional* category during the sessions, and it was the only case that has continued in therapy and showed significant improvement during sessions. The therapists' responses differed according to client categories. It is possible to infer that each therapist deals best with some client behaviors than with others.

**Keywords:** Behavior Therapy, Emotions, Psychotherapeutic Processes.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. Situações de impasse, ruptura ou conflito na relação terapêutica .....	7
1.2. Conduzir comportamentos que dificultam o andamento da terapia: dados da literatura ....	10
1.3. Objetivos .....	16
2. MÉTODO .....	17
2.1. Participantes .....	17
2.1.1. Terapeutas .....	17
2.1.2. Clientes.....	18
2.1.3. Supervisores .....	19
2.1.4. Juiz .....	19
2.2. Aspectos éticos .....	19
2.3. Materiais e equipamentos .....	20
2.4. Ambiente de coleta de dados.....	20
2.5. Instrumentos .....	21
2.6. Procedimento de coleta de dados .....	29
2.1.5. Gravação das supervisões .....	30
2.1.6. Questionário pós-sessão .....	31
2.1.7. Gravação das sessões .....	31
2.7. Análise de dados.....	31
2.1.8. Seleção das sessões a serem categorizadas via questionário pós-sessão .....	32
2.1.9. Elaboração das categorias de comportamento de clientes .....	35
2.1.10. Categorizações das sessões de terapia .....	35
2.8. Cálculo de concordância .....	37
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
3.1. Resultados Gerais .....	39
3.2. Distribuição das categorias de cliente por sessão categorizada .....	51
3.3. Comportamentos de terapeuta e interações entre comportamentos de cliente e terapeuta por sessão analisada.....	66
3.4. Cálculo de concordância .....	91
4. CONCLUSÃO .....	96
5. REFERÊNCIAS .....	100
ANEXO 1 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Responsabilidade .....	107
ANEXO 2 - Questionário pós-sessão.....	113

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentuais de categorias de comportamento de cliente no total das sessões categorizadas de C1, C2 e C3.....	41
Figura 2. Percentual de categorias de comportamentos de cliente e percentual de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas..	42
Figura 3. Percentual de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas..	46
Figura 4 - Percentuais das categorias de <i>Empatia</i> , <i>Facilitação</i> e <i>Solicitação de Relato</i> para as participantes T1, T2 e T3 do presente estudo e dos dois casos (1 e 2) de Oshiro (2011), de um caso de Sadi (2011) e do Banco de Dados (BD) de Meyer (2009a)...	47
Figura 5. Divisão dos percentuais de categorias de comportamento de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica entre T2a e T2b nas cinco sessões analisadas..	50
Figura 6. Percentuais de categorias de comportamento de C1 no decorrer das nove sessões analisadas.....	52
Figura 7 - Percentuais da categoria <i>Fala Irritada</i> e do agrupamento de categorias “Esquiva” ao longo das nove sessões categorizadas. ....	54
Figura 8. Percentuais de categorias de comportamento de C2 no decorrer das cinco sessões analisadas.....	56
Figura 9. Percentuais das categorias <i>Falta de Diálogo</i> (Figura 9A) e <i>Oposição</i> (Figura 9B) no decorrer das cinco sessões analisadas para cada uma das terapeutas (T2a e T2b) da tríade terapêutica.....	58
Figura 10. Percentuais de categorias de comportamento de C3 no decorrer das nove sessões analisadas.....	61
Figura 11. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada..	68
Figura 12 - Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em <i>Interventivas</i> do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentuais de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T1 por comportamento emitido por C1.....	72
Figura 13. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada..	75

Figura 14. Percentuais de categorias de comportamento de T2a (Figura 14A) e T2b (Figura 14B) do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada.....	76
Figura 15. Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em <i>Interventivas</i> do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T2 por comportamento emitido por C2 .....	78
Figura 16. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada..	83
Figura 17 - Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em <i>Interventivas</i> do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T3 por comportamento emitido por C3 .	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sexo, idade, frequência da supervisão durante a coleta, número de casos atendidos até o período da coleta de dados, formação do terapeuta participante e local da coleta. ....	17
Tabela 2 – Sexo, idade, estado civil, grau de instrução, terapeuta que atendeu e queixa resumida dos clientes que participaram do presente trabalho. ....	18
Tabela 3 – Categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007). ....	22
Tabela 4 – Categorias de comportamento do cliente que geram sentimentos negativos no terapeuta em sessão. ....	26
Tabela 5 - Esquema Básico de Palavras Emocionais (adaptado por Brandão & Meyer 2003). ....	29
Tabela 6 – Número de sessões e supervisões gravadas, número de questionários pós-sessões preenchidos e motivo do encerramento das filmagens das sessões por díade/tríade de participantes. ....	30
Tabela 7 – Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pela terapeuta T1 nos questionários pós-sessão. ....	32
Tabela 8 - Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pelas terapeutas T2a e T2b nos questionários pós-sessão. ....	33
Tabela 9 - Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pela terapeuta T3 nos questionários pós-sessão. ....	34
Tabela 10 - Modelo de planilha de Excel utilizada para a categorização das sessões de terapia. ....	36
Tabela 11 - Sessões sorteadas para treino e cálculo de concordância de cada díade/tríade de participante. ....	37
Tabela 12 - Índices <i>Kappa</i> entre pesquisadora e juíza com relação à categorização das falas de terapeutas e clientes nas sessões sorteadas para o cálculo de concordância. ....	39
Tabela 13 - Frequência absoluta e percentual de total de falas nas sessões e de falas categorizadas totais e por participante. ....	40
Tabela 14 - Índices de concordância total e por categorias pré e pós-discussão das categorizações entre pesquisadora e juíza com relação às falas de clientes nas sessões sorteadas. ....	91
Tabela 15 - Frequências absolutas de mudanças realizadas nas descrições das categorias e de alterações feitas nas categorizações de pesquisadora e juíza após discussão de discrepâncias. ....	93

## 1. INTRODUÇÃO

A psicoterapia é um tipo especial de interação social na qual um dos indivíduos busca ajuda para melhorar sua vida e o outro possui, em seu repertório, uma gama de estratégias de análise e intervenção que podem contribuir para a ajuda requisitada (Meyer & Vermes, 2001). Inicialmente, a principal função do terapeuta é garantir a adesão do cliente à terapia. Para isso, o terapeuta deve possuir certas habilidades que são essenciais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade (Baptistussi, 2001). O terapeuta ser capaz de se estabelecer como uma audiência não punitiva é uma dessas habilidades: ao evitar emitir comportamentos que possam ser punitivos, auxíla o cliente a falar sobre temas difíceis e que, provavelmente, foram punidos em seu ambiente natural. Isso torna possível ao terapeuta obter informações sobre o cliente, mas também cria a oportunidade para que o primeiro possa acolher o segundo em suas necessidades e vulnerabilidades (Baptistussi, 2001; Follette, Naugle, & Callaghan; 1996; Skinner, 1967).

Follette et al. (1996) afirmam que a primeira etapa do processo terapêutico consistiria em fornecer expressões gerais de apoio pelo simples fato do cliente estar em tratamento, uma vez que comparecer às sessões por si já pode ser bastante difícil. Consideram que o terapeuta já está iniciando o processo de mudança do cliente ao reforçar uma classe de repostas bastante ampla, que compreende a disposição do cliente em estar na terapia, revelar seus problemas, tentar e às vezes falhar e assim mesmo continuar comparecendo à terapia. Essa primeira etapa colocará terapeuta e cliente em um contexto de acolhimento e aceitação. Tal contexto é importante para a criação de vínculo e de intimidade, condições que estão bastante interligadas uma à outra.

O vínculo terapêutico é o conjunto de comportamentos e sentimentos que emergem na relação terapêutica entre cliente e terapeuta e que são produzidos, quase exclusivamente, por contingências reforçadoras manejadas pelo terapeuta em favor do cliente (sendo as consequências aversivas reduzidas ao mínimo), gerando pouco ou nenhum comportamento de contra controle (Guilhardi, 2002). O vínculo, juntamente com a concordância entre terapeuta e cliente sobre os objetivos e tarefas referentes ao processo terapêutico, compõe a aliança terapêutica (Horvath & Greenberg, 1989), que é considerada importante preditor de resultado por alguns autores (Beutler, Moleiro, Malik, & Harwood, 2003; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Meyer & Vermes, 2001; Prado & Meyer, 2004; Muran et al., 1995; Watson & McMullen, 2005).

O vínculo é criado a partir de uma sequência de eventos em que o comportamento vulnerável à punição interpessoal é reforçado pela resposta de outra pessoa. Essa sequência de eventos cria a condição para a formação de um relacionamento íntimo entre terapeuta e cliente (Cordova & Scott, 2001; Vandenberghe & Pereira, 2005). O comportamento íntimo é compreendido como o comportamento verbal, que exige a presença de outra pessoa para ser

reforçado, e, envolve uma sensibilidade aos efeitos do comportamento do outro, proporcionando o contexto para empatia (Cordova & Scott, 2001; Vandenberghe & Pereira, 2005; Taccola, 2007), e, adicionalmente, no ambiente terapêutico, para a mudança de comportamento do cliente. Neste contexto interpessoal, Cordova e Kohlenberg (1994) enfatizam a aceitação como um ingrediente importante para fazer a terapia funcionar. A aceitação que o terapeuta deve ter em relação ao cliente conta, entre outras coisas, com a tolerância do primeiro às emoções eliciadas na interação com o segundo.

Isso porque na medida em que o terapeuta cria as condições necessárias para que um relacionamento íntimo seja construído com o cliente, não só relatos sobre temas difíceis ocorrerão, mas também comportamentos problema, da mesma classe de comportamentos que são emitidos em seu ambiente natural, podem aparecer em sessão (Follette et al., 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001), podendo, inclusive, constituírem-se em respostas improdutivas para o processo terapêutico, como por exemplo, respostas de esquiva da terapia ou do terapeuta e respostas agressivas (Kohlenberg & Tsai, 2001).

O terapeuta passa, portanto, a ser compreendido como parte do ambiente do cliente e, por isso, ao mesmo tempo em que o terapeuta influencia o comportamento do cliente, o terapeuta também é impactado pelo comportamento daquele (Braga & Vandenberghe, 2006; Callaghan, 2006; Falcone & Azevedo, 2004; Kimerling, Zeiss, & Zeiss, 2000). Desta maneira, durante o processo terapêutico seu repertório pessoal, além do repertório profissional, lhe dará condições para identificar os pontos críticos da problemática do cliente.

Nesta linha, entende-se que durante as interações verbais numa sessão terapêutica o terapeuta responderá à narrativa do cliente tanto em função de (1) seu referencial teórico-conceitual e do conjunto de procedimentos de manejo de comportamentos, como também de (2) seu repertório comportamental desenvolvido pelo conjunto de contingências as quais respondeu durante a vida e as (3) contingências atuais em operação. Estas contingências atuais referem-se àquelas em operação no seu cotidiano fora da sessão e àquelas em operação na sessão (Guilhardi, 1997).

Fica clara uma função essencial dos sentimentos (Banaco, 1993; Braga & Vandenberghe, 2006; Delliti, 1993; Kimerling et al., 2000; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Silvestre & Vandenberghe, 2008) que se refere à maneira como os comportamentos encobertos do terapeuta podem ser indicativas da problemática do cliente, na medida em que sinalizam as contingências de reforço em vigor no andamento da sessão. Também facilitam a análise de contingências ao fornecer dicas sobre o efeito que o comportamento do cliente provoca em seu ambiente. Isto está de acordo com Skinner (1974), que entende que a utilidade prática dos relatos de sentimentos (eventos privado) está na possibilidade de se ter informações acerca dos comportamentos (atual ou passado) e as condições que os afetam (que inclui também as condições relacionadas ao comportamento

futuro), uma vez que respostas encobertas (os sentimentos) e respostas abertas (as ações) são produtos das mesmas contingências.

Algumas abordagens teóricas na psicologia têm incluído na sua prática clínica os sentimentos do terapeuta na conceituação dos casos atendidos. Na Psicanálise, na Terapia Cognitivo Comportamental e na Terapia Analítico Comportamental é possível encontrar estudos que visam entender melhor de que maneira os sentimentos dos terapeuta afetam o andamento do processo terapêutico: seja de maneira negativa, ao prejudicar o desempenho do terapeuta nas sessões, ou de maneira positiva, como instrumento de informação e intervenção para o benefício do cliente (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003; Kimerling et al., 2000; Najavits, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Pope & Tabachnick, 1993; Sousa & Vandenberghe, 2007; Westra, Aviram, Connors, Kerters, & Ahmed, 2011).

Kimerling et al. (2000) defendem que entender as reações emocionais do terapeuta e as situações que as produzem pode auxiliá-lo, ou atrapalhar, na condução do caso. Para isso, apresentam diferentes situações em que os sentimentos do terapeuta podem ser eliciados e representarem uma dificuldade: (1) terapeutas podem observar e coletar informações de maneira enviesada, o que pode comprometer as decisões tomadas e o tratamento do cliente; (2) a relação terapêutica por ser única e de tipo especial implica em responsabilidades exclusivas inerentes ao papel de terapeuta. O terapeuta pode enfrentar o desafio de ter que modular o grau de intimidade na relação terapêutica e balancear o grau de energia necessária para esta relação em situações em que clientes demandam muito ou apresentam comportamentos de esquiva de relacionamentos interpessoais; (3) a experiência de incompatibilidade entre o sistema de valores do terapeuta e o do cliente; e (4) características do paciente ou temas de discussão em tratamento têm o potencial de servir como estímulos antecedentes para respostas afetivas do terapeuta decorrentes de sua história pessoal de vida.

Dentro do apresentado por Kimerling et al. (2000), é possível verificar que diferentes tipos de clientes e diferentes tipos de situações eliciam diferentes tipos de sentimentos no terapeuta. Encontramos trabalhos que estudam sentimentos eliciados por clientes considerados difíceis, por possuírem algum diagnóstico psiquiátrico ou comportamentos que dificultam o andamento da terapia, como comportamentos de resistência (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Najavits, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Sousa & Vandenberghe, 2007; Westra et al., 2011); expressão de hostilidade ou de sentimentos negativos por parte do cliente (Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003); com crianças e adolescentes infratores (Reeder & Schatte, 2011); a emissão ou a possibilidade de o cliente emitir comportamentos indevidos ou violentos, como revelar que se sente atraído pelo terapeuta ou está apaixonado, despir-se, ter um orgasmo em sessão, massagear o terapeuta, tocar o terapeuta em partes do corpo íntimas, atacar fisicamente o terapeuta



ou terceiros, ou a tentativa de cometer suicídio (Pope & Tabachnick, 1993; Wielewicki, da Silveira, & Costa, 2007); características ou situações vivenciadas pelo cliente, como possuir uma doença potencialmente contagiosa, ou ser fisicamente atraente (Pope & Tabachnick, 1993); ou erros, deslizes ou enganos cometidos pelo terapeuta (Hill et al., 2003; Klinger, Ladany, & Kulp, 2011).

Pope e Tabachnick (1993) executaram um estudo exploratório que objetivava coletar dados acerca de eventos que eliciariam sentimentos de raiva ou ódio, medo e atração sexual nos terapeutas e como estes reagiram em tais situações. Os pesquisadores enviaram por correio questionários, obtendo respostas de 141 terapeutas homens e 141 terapeutas mulheres. Os sentimentos mais comuns foram medo do cliente cometer suicídio (97,2% dos participantes), medo do cliente piorar (90,9%), raiva de clientes por serem não cooperativos (89,8%), e medo que o cliente atacasse fisicamente alguém (89,1%).

Sentimentos como ansiedade, irritação, incompetência, frustração, vergonha e constrangimento foram relatados por Hill et al. (2003) e Kingler et al. (2011) em situações que desencadearam ou potencialmente desencadeadoras de reações de desagrado do cliente por atitudes tomadas pelo terapeuta. No trabalho de Hill et al. (2003), frente a algum grau de hostilidade, expressa diretamente pelo cliente ou disfarçada, todos os terapeutas experimentaram sentimentos negativos em relação a seus clientes, como ansiedade, irritação, incompetência e frustração.

No estudo de Kingler et al. (2011), que visava estudar os sentimentos de vergonha e constrangimento, as situações mais comumente relatadas pelos terapeutas foram realizar erro de agendamento, esquecer ou confundir as informações do cliente, estar visivelmente cansado, adormecer, e chegar atrasado à sessão. Esses sentimentos estariam relacionados a contingências sociais em que um indivíduo pode comprometer sua imagem perante o outro ao expor uma falha sua e, portanto, estar passível de punição. Os resultados indicaram, ainda, que independentemente de fatores como gênero, raça, idade, abordagem teórica e experiência, de maneira geral os terapeutas apresentaram sentimentos de vergonha e constrangimento frente ao tipo de situações apresentadas.

Oliveira e Vandenberghe (2009) também encontraram o confronto e a rejeição dos clientes como os eventos que mais eliciaram sentimentos negativos em quatro psicólogos clínicos e não acadêmicos, de duas abordagens teóricas distintas: terapeutas analíticos comportamentais e psicanalistas. Os comportamentos dos clientes relatados pelos terapeutas consistiam desde gritos direcionados ao terapeuta até modos mais sutis de desvalorização e desqualificação do terapeuta por meio de sarcasmo ou postura arrogante. Frente a esses eventos os participantes experimentaram sentimentos de raiva, impotência, autocrítica, insegurança, culpa e vago desconforto.

Como observado por Oliveira e Vandenberghe (2009), reações de hostilidade e desagrado por parte dos clientes podem cumprir funções adicionais das apresentadas por Hill et al. (2003) e

Kingler et al. (2011), podendo ser decorrentes de comportamentos de resistência ou padrões de relacionamento interpessoais problemáticos.

A resistência do cliente é um tema de interesse de psicoterapeutas de diferentes abordagens (Bischoff & Tracey, 1995; Cautilli & Connor, 2000; Guilhardi, 2002; Falcone & Azevedo, 2004; Benetti & Cunha, 2008). Guilhardi (2002) concebe a resistência à mudança como

uma forma de relação de controle e contracontrole que se observa entre os comportamentos do cliente e as contingências de reforçamento manejadas pelo terapeuta. Diante das contingências comportamentais dadas pelo terapeuta, o cliente apresenta comportamentos de fuga-esquiva, de extinção ou de punição dos comportamentos do terapeuta. (p. 134)

No entanto, não se encontra um consenso sobre as condições que provocam a resistência do cliente, uma vez que diversos estudos apontam diferentes possíveis causas, como por exemplo, reação a ameaças inerentes à aliança terapêutica (como perda de autonomia pela influência do terapeuta ou renúncia do controle de si durante um período de desequilíbrio), características do cliente ou mau manejo do terapeuta (Bischoff & Tracey, 1995; Cautilli & Connor, 2000; Benetti & Cunha, 2008).

Estudo realizado por Falcone e Azevedo (2004) indicou que alguns fatores como a resistência e a expressão de sentimentos negativos por parte dos clientes consistiram em fatores estressantes para terapeutas cognitivo comportamentais, principalmente para os iniciantes. Os terapeutas foram questionados sobre 16 situações terapêuticas em que o cliente manifestava resistência, que incluíam: (1) Insistência em continuar a falar na sessão, mesmo após o terapeuta sinalizar o seu término; (2) Tentativa de não pagar a sessão, mesmo após o terapeuta já haver negociado e estendido o prazo de pagamento; (3) Comportamento sedutor durante a sessão; (4) Telefonemas entre as sessões com muita frequência, para se lamentar ou pedir ajuda; (5) Atrasos frequentes à sessão; (6) Mudança de assunto quando o terapeuta aborda temas importantes, impedindo a exploração mais profunda dos problemas do paciente; (7) Depreciação do trabalho do terapeuta; (8) Queixas frequentes com relação ao preço da consulta; (9) Bajulações e elogios dirigidos ao terapeuta; (10) Ofertas frequentes de presentes para o terapeuta; (11) Rejeição às intervenções, sob alegação de que não vai adiantar, continuando com as lamentações; (12) Não faz tarefas alegando desculpas injustificadas; (13) Discurso vago nas sessões, falando de coisas tangenciais ao problema real; (14) Depreciação do trabalho do terapeuta por meio de comentários irônicos; (15) Questionamento da competência do terapeuta ou de que este é frio e insensível; e (16) Posição de frequente desacordo com os objetivos e tarefas da terapia.

Já Westra et al. (2011) examinaram as reações emocionais de quatro terapeutas aos comportamentos de resistência de seus clientes, em fases inicial e intermediária de processo

terapêutico contendo oito sessões de Terapia Cognitivo Comportamental. Resultados indicaram que sentimentos positivos do terapeuta na sessão inicial estavam associados a níveis significativamente baixos de resistência em sessão posterior e ainda mais com a diminuição de comportamentos resistentes da fase inicial para intermediária do processo. Sentimentos negativos do terapeuta na fase inicial se relacionaram menos consistentemente com a resistência do cliente. No entanto, sentimentos intensos na fase intermediária de esforço, esgotamento, impotência, culpa e frustração foram associados a altos níveis de comportamentos subsequentes de resistência por parte do cliente, o que indica que reações negativas para com o cliente tendem a levar mais tempo para aparecer durante o processo terapêutico, enquanto que sentimentos positivos surgem logo no início da terapia. Esse dado de que os sentimentos positivos em relação ao cliente aparecem muito cedo no processo terapêutico e permanecem elevados, enquanto que os sentimentos negativos inicialmente são baixos e aumentam com o passar do tempo é apoiado por Najavits (2001).

É importante reconhecer ainda, que com algumas populações, como aqueles com diagnóstico de transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, Transtorno de Personalidade *Borderline*, ou abuso de substâncias, comportamentos resistentes podem aparecer em alta frequência e ter efeitos muito pronunciados em resultados terapêuticos (Cautilli & Connor, 2000). Assim, sentimentos negativos por parte dos terapeutas também estão associados a diagnóstico psiquiátricos dos clientes.

Brody e Farber (1996), por meio de questionários enviados por correio, avaliaram os relatos de 336 terapeutas sobre suas atitudes relacionadas a reações emocionais em sessão e reações a vinhetas descrevendo clientes depressivos, com Transtorno de Personalidade *Borderline* e esquizofrênicos. Os terapeutas relataram sentimentos de irritação, frustração e raiva direcionados aos clientes *borderlines* e sentimentos de ansiedade, impotência e desafio em relação a pacientes com esquizofrenia. Clientes depressivos eliciaram sentimentos positivos nos terapeutas, como compaixão e empatia.

Em trabalho de Sousa e Vandenberghe (2007) que visava explorar as possibilidades de aplicação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) como metodologia de supervisão para clientes *borderlines*, por meio de relatos de quatro casos supervisionados, encontrou dois problemas na interação entre supervisor e terapeuta que tinham paralelo com problemas que as terapeutas tinham na relação com os clientes: (1) dar boas razões para atitudes problemáticas. Este comportamento estava ligado à tentativa de esquiva da vivência de encobertos aversivos, o que diminuía a capacidade das terapeutas de discriminar as contingências em vigor; e (2) “desespero”, que caracterizava comportamentos que pela sua alta intensidade, mobilizam o outro, que por sua vez, não tem como liberar o reforço visado.

Oshiro (2011) observou em seu estudo uma esquivia de intimidade de um dos clientes participantes, e que possuía o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, para com o terapeuta, por meio de comportamentos que dificultavam o andamento da terapia, como *Fala sem correspondência com a terapeuta, Verborragia, Fala Superficial e Agressões Verbais*. A autora afirma que clientes *borderlines* exigem maior tempo de terapia, maior exigência das habilidades e também maior gasto de energia do terapeuta do que a maioria dos demais clientes. Em decorrência pode haver um menor benefício terapêutico, maior dificuldade na adesão ao tratamento e reduzidas taxas de mudança e satisfação, tanto para o terapeuta quanto para o cliente, em relação a outros clientes (Beck & Freeman, 1993; Linehan, 2010). Estas afirmações parecem dar base para o tipo de interação observada por Sousa e Vandenberghe (2007) com terapeutas em supervisão que atendiam clientes *borderline*.

O que a maior parte dessas situações tem em comum é que independente de como possam ser interpretadas, seja como esquivia de estabelecimento de relacionamento íntimo com o terapeuta, agressão ao terapeuta, aproximação realizada fora do âmbito profissional ou excesso de demanda, manifestam-se por comportamentos que afetam o andamento da terapia e podem prejudicar a formação da aliança terapêutica, que como já dito é preditora de resultado da terapia.

### **1.1. Situações de impasse, ruptura ou conflito na relação terapêutica**

Omer (1997) discutiu os impasses que podem ocorrer em terapia que afetam diretamente a relação terapêutica. Segundo este autor, um impasse terapêutico pode ser percebido: (1) quando a capacidade do terapeuta de manter uma perspectiva independente da do cliente gradualmente desaparece, por se envolver demasiadamente no relato do cliente; (2) quando há baixa cooperação do cliente na terapia, uma vez que estratégias propostas pelo terapeuta não possuem retornos satisfatórios, fazendo com que as sessões passem a ser cansativas para ambos; ou (3) quando interações ineficazes levam o terapeuta a realizar más escolhas estratégicas e emitir narrativas inadequadas, além levar o cliente a assumir uma postura crítica e/ou pessimista.

Assim sendo, do mesmo modo que uma boa aliança terapêutica seria indicador de bons resultados para o cliente (Beutler et al., 2003; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Meyer & Vermes, 2001; Prado & Meyer, 2004; Muran et al, 1995; Watson & McMullen, 2005), uma aliança terapêutica mal estabelecida ou problemática estaria relacionada com prognóstico desfavorável, ou seja, maior probabilidade de abandono do processo terapêutico (Benetti & Cunha, 2008; Hill et al., 2003; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2001; Tyron & Kane, 1993). No estudo realizado por Hill et al. (2003) foi constatado que uma das causas típicas para episódios de hostilidade direcionadas ao terapeuta foram problemas na qualidade da aliança

terapêutica, sendo estes problemas também avaliados como causa de abandono de terapia em casos em que o cliente não foi capaz de expressar seus sentimentos negativos. Watson e McMullen (2005) observaram maiores índices de resistência por parte do cliente em sessões avaliadas como havendo baixa aliança terapêutica. Ainda, esses autores afirmam existir uma relação entre altos níveis de resistência do cliente e resultados insatisfatórios na terapia.

Benetti e Cunha (2008) realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de apresentar as principais contribuições acerca dos determinantes da interrupção precoce de tratamentos psicoterápicos. A aliança terapêutica problemática estava entre uma das causas de abandono da terapia, se sobrepondo à técnica utilizada. Clientes difíceis seriam os que apresentariam maior dificuldade no estabelecimento da aliança terapêutica, comprometendo a adesão ao tratamento. Entre os clientes difíceis estariam aqueles que apresentam transtorno de personalidade, como o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Outras características de clientes também foram associadas a índices significativos de abandono da terapia: clientes com quadros depressivos e obsessivos; clientes com transtornos alimentares, em que a baixa cooperação e agressividade tornavam difícil a manutenção da aliança terapêutica; e clientes com experiências passadas de rompimento de vínculos significativos.

Assim, uma interação ineficaz muitas vezes se desenvolveria em virtude de reações emocionais negativas de um ou ambos os lados, gerando um impasse entre terapeuta e cliente (Omer, 1997). Isso porque os sentimentos indicam também tendências a agir. O terapeuta, e qualquer outra pessoa, portanto, ao aprender a nomear seus sentimentos pode identificar também sua predisposição a atuar de acordo com tal sentimento (Skinner, 1967). Exemplificando, quem ama tem maior probabilidade de se comportar de maneira a auxiliar, cuidar e estar com a pessoa amada; já uma pessoa zangada tem maior probabilidade de infligir danos ao outro.

O terapeuta deve, portanto, ficar atento às suas próprias reações não verbais, primeiro como pista de processos comportamentais ocorrendo na sessão e segundo porque as suas reações não verbais podem funcionar como fontes adicionais de controle do comportamento do cliente. É bastante comum que clientes respondam a alterações até mesmo sutis do comportamento não verbal do terapeuta. Um sorriso, um desvio de olhar, um olhar de estranhamento podem ter consequência poderosa para o comportamento do cliente na sessão (Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer, & Starling, 2008).

Klinger et al. (2011), encontraram que as ações mais frequentes a um erro de agendamento foram o terapeuta se desculpar e tomar providências para remediar a situação. Quanto ao chegar atrasado à sessão foi se desculpar. Essas seriam as reações mais adequadas, uma vez que esses eventos, como os outros considerados neste estudo, estavam relacionados a um possível comprometimento do profissionalismo do terapeuta.

No entanto, os estudos apresentados (Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003; Najavits, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Pope & Tabachnick; 1993; Safran et al., 2001) indicaram que terapeutas, até mesmo os mais experientes, apresentariam tendência a responder a clientes resistentes ou hostis com contra-hostilidade, frieza, distanciamento e comportamentos pouco ou nada empáticos. Patterson e Forgatch (1985) analisam o efeito que tais comportamentos de clientes, quando persistentes, podem ter sob o terapeuta. O cliente poderia ensinar ao terapeuta a permanecer distante, avaliar negativamente o cliente ou a família, no caso de uma terapia infantil, abster-se de realizar treino de pais, negligenciar o acompanhamento de sessões perdidas e, eventualmente deixar de discutir o caso em reuniões de equipe ou supervisão. Muitos terapeutas evitariam conflito direto, ignorando a agressão do cliente ao invés de trabalhá-la diretamente como parte do processo terapêutico (Najavits, 2001), podendo ter efeitos diversos na terapia.

Pope e Tabachnick (1993) encontraram que mais da metade dos participantes (53,3%) indicaram ter sentido tanto medo referente ao cliente que isso afetou sua alimentação, seu sono e sua concentração. Quase a metade dos participantes (46%) relatou já ter sentido tanta raiva de um cliente que fizeram algo da qual se arrependeram depois.

Brody e Farber (1996), que avaliaram as atitudes de terapeutas relacionadas às suas reações emocionais em sessão, observaram que, quando comparados a terapeutas mais experientes, os estudantes ou os terapeutas inexperientes eram mais propensos a se arrependerem de ter dito coisas a clientes, e avaliarem seus sentimentos como muito fortes e muito frequentes, em que precisariam criar defesas contra. No entanto, não houve diferenças entre os terapeutas no que se refere ao uso dos sentimentos como fonte de informação para a análise do caso. Este dado indicaria que os terapeutas experientes se tornam mais tolerantes aos sentimentos negativos eliciados pelos clientes com o passar do tempo.

No estudo de Falcone e Azevedo (2004) verificou-se que o grupo dos terapeutas mais experientes foi o que conseguiu manejar de modo mais eficaz os sentimentos negativos eliciados por seus clientes, ao serem os que apresentaram menor percentual de comportamentos que indicavam que estavam encarando a resistência do cliente como um obstáculo, deixando de realizar intervenções, culpando, responsabilizando ou criticando o cliente, expressando insatisfação, ou ameaçando interromper a terapia. De maneira geral, no entanto, os terapeutas encararam a resistência como um obstáculo a ser superado, lidando objetivamente com o comportamento do cliente, sem tirar o foco da mudança. Isso era feito explorando objetivamente as razões para a resistência, reavaliando metas, negociando, identificando crenças e ganhos secundários ou impondo limites, o que de acordo com as autoras não seria a atitude mais adequada a este tipo de cliente. Para elas, a resistência deveria ser vista como uma oportunidade para conhecer os esquemas ou padrões

de comportamento do cliente, deixando temporariamente a mudança de lado, e realizando intervenções do tipo confrontação empática, validação, e investigação do conteúdo esquemático.

Oliveira e Vandenberghe (2009) observaram que os terapeutas, em pelo menos uma ocasião, se deixaram afetar por sentimentos negativos, em situações que até sabiam o que fazer, mas acabaram por ou desistir da intervenção após agressão do cliente ou para evitar situações de conflito. Houve casos em que o terapeuta acabou por também ser hostil com o cliente. Os que tentaram trabalhar tais eventos com o cliente obtiveram resultados diversos. Nas situações em que o terapeuta foi mal sucedido, o cliente conseguiu se esquivar do assunto ou simplesmente negou o acontecido. Nas situações em que o terapeuta conseguiu discutir com o cliente tais eventos, os relacionou com variáveis referentes ao dia a dia do cliente, tendo bons resultados para este, ou quando discutidos um tempo após o conflito entre eles, serviu para que o cliente se abrisse com o terapeuta e aumentasse sua confiança para com ele.

Safran et al. (2001) realizaram uma revisão da literatura empírica sobre rupturas na aliança e como foram resolvidas ou reparadas. Em geral, os estudos indicam a relevância das resoluções de rupturas na aliança para os resultados da terapia, na medida em que o terapeuta pode intervir diretamente em comportamentos problema do cliente, oferecendo novos modelos de respostas e permitindo que o cliente possa testá-los no contexto terapêutico. Entretanto, os clientes nem sempre são capazes ou querem revelar que estão desconfortáveis ou discordam de seus terapeutas, o que muitas vezes só é dito quando o cliente decide interromper a terapia (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson, & Rhodes, 1996; Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Em contrapartida, os terapeutas terem conhecimento dos sentimentos negativos de seus clientes pode levar a resultados prejudiciais (Fuller & Hill, 1985; Martin, Martin, Meyer, & Slemon, 1986; Martin, Martin, & Slemon, 1987). Alguns terapeutas aumentam a adesão às técnicas, focando nas crenças distorcidas do cliente ou realizando mais interpretações sobre a transferência do cliente, apresentando-se de modo mais inflexível ao cliente. Outros respondem aos sentimentos negativos do cliente expressando seus próprios sentimentos negativos de um modo defensivo (Fuller & Hill, 1985; Martin et al, 1986, 1987). Em contrapartida, os terapeutas que obtiveram melhores resultados com seus clientes foram aqueles que exploraram os sentimentos negativos de seus clientes, realizando interpretações direcionadas ao relacionamento entre os dois e repertório comportamental mais flexível, como encontrado por Foreman e Marmar (1985).

## **1.2. Conduzir comportamentos que dificultam o andamento da terapia: dados da literatura**

Oliveira e Vandenberghe (2009) discutem como a literatura faz altas exigências acerca do desempenho do terapeuta para lidar com comportamentos que em geral dificultam o andamento da terapia: agir de modo que promova a mudança do cliente, ter habilidades interpessoais para lidar com possíveis conflitos ou impasses com o cliente de modo que seja produtivo terapeuticamente, e esteja sempre atento às suas próprias reações emocionais como fonte de informação sobre o cliente ou para evitar ter atitudes indesejáveis.

Se uma situação eliciadora de sentimentos negativos no terapeuta acontecer, é esperado que este possua repertórios de auto-observação e de autoconhecimento necessários para identificar suas próprias emoções e vulnerabilidades desencadeadas pelo comportamento do cliente em sessão, a fim de que não venha a se comportar de modo a ignorar, negligenciar, ou mesmo atuar de maneira condizente com a emoção presente no momento e emitir comportamentos que podem levar a insucesso da terapia (Falcone & Azevedo, 2004; Callaghan, 2006; Tsai et al., 2009). Para que o comportamento do cliente tenha mudanças efetivas, as reações do terapeuta às suas respostas não devem ser as mesmas disponíveis no seu ambiente natural, pois isso manteria o problema (Banaco, 1993, 1997; Falcone & Azevedo, 2004; Meyer & Vermes, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009).

Segundo Cordova e Kohlenberg (1994), a auto-observação auxilia a aumentar a tolerância aos sentimentos negativos na medida em que este repertório altera o contexto considerado antes intolerável. Apesar de estes autores enfatizarem a necessidade da auto-observação do cliente, é possível aplicar os mesmos argumentos para o terapeuta devido à similaridade dos contextos entre sessão e supervisão. A auto-observação exerceria, portanto, um importante papel na mudança do controle exercido pelo estímulo antecedente, possibilitando que o indivíduo, no caso o terapeuta, entre em contato com outros aspectos da situação (Cordova & Kohlenberg, 1994; Meyer, 2000).

Summers e Barber (2003) realizaram um levantamento bibliográfico dos trabalhos que visaram estudar o treinamento das habilidades necessárias do terapeuta para o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica. Eles encontraram que (1) a capacidade de desenvolver uma boa aliança terapêutica é uma habilidade que pode ser desenvolvida durante o treino e pode melhorar por meio da aquisição de habilidades específicas, maior experiência clínica e realização de conceituações de casos mais complexas; (2) psicólogos tornam-se mais focados na aliança terapêutica com o aumento da experiência clínica; (3) há determinados aspectos da aliança terapêutica, como o estabelecimento de metas e tarefas, que são mais facilmente aprendidas do que outros, como a criação de vínculo; e (4) há fatores pré-existentes no terapeuta que afetam sua capacidade de desenvolver uma boa aliança terapêutica com o cliente.

Na perspectiva da FAP, o terapeuta deve possuir alguns repertórios que o auxiliariam em situações em que uma contingência aversiva está em vigor em sessão, a fim de que o terapeuta possa manter uma postura apropriada em benefício do cliente. Tais repertórios seriam: (1) afirmar



necessidades, em que ele seja capaz de identificar seus sentimentos e necessidades; (2) perceber o impacto de seu comportamento no cliente e deste em seu próprio comportamento, a fim de ajudar o primeiro a ajustar estilos de intervenções, estratégias e comportamentos de um modo geral; (3) lidar com conflitos, para perceber quando um está acontecendo e permitir que ele ocorra e possa ser resolvido de modo eficaz; (4) expor suas reações emocionais em resposta ao comportamento do cliente, a fim de criar uma relação terapêutica íntima e eficaz; e (5) experimentar e expressar emoções, possibilitando que o terapeuta possa realizar intervenções eficazes (Callaghan, 2006; Tsai et al., 2009).

Entretanto, como visto anteriormente, é comum que os terapeutas apresentem reações indesejáveis uma vez que um sentimento negativo está presente. A fim de ter um bom desempenho em sessão, os terapeutas possuiriam, assim, algumas estratégias, entre elas a supervisão e a terapia pessoal (Guilhardi, 1997; Oliveira & Vandenberghe, 2009). Outra estratégia utilizada por terapeutas e apontada por Oliveira e Vandenberghe (2009) trata-se da pesquisa na literatura científica sobre os diagnósticos do cliente, quando existe um, ou sobre outros padrões de comportamentos deles, como a resistência. Assim sendo, ao conduzir análises dos casos, esperar que uma análise completa seja feita, poderia levar um tempo desnecessariamente longo, além de não chegar a levar em consideração as variáveis mais importantes envolvidas. Seria mais útil, assim, consultar fontes diversas de informação do que “reinventar a roda”, mesmo que estas fontes estejam fora de nossa abordagem teórica (Kameyama, Villas-Bôas, & Meyer, 2010).

Os dados da literatura podem, portanto, além de auxiliar na elaboração da análise funcional do caso, dar informações acerca das melhores maneiras de intervir com certos tipos de clientes, diminuindo as chances de maior desgaste da aliança terapêutica, abandono da terapia por parte do cliente, e condução “inadequada” das sessões, podendo levar a uma desistência do terapeuta, mesmo que velada.

Nesta linha, alguns estudos pesquisados sobre comportamentos que dificultam o andamento da terapia, seja ele decorrentes de algum diagnóstico psiquiátrico atribuído ao cliente, ou a um padrão de comportamento resistente na interação com o terapeuta, indicam que intervenções interpretativas, que focam a relação terapêutica podem contribuir de modo positivo para o processo de mudança do cliente, além de renegociação do contrato terapêutico, como informações acerca da terapia (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002; Cautilli & Connor, 2000; Hill et al., 2003; Newman, 1994; Safran et al., 2001; Summers & Barber, 2003).

Hill et al. (2003) ao comparar situações em que os terapeutas foram hábeis e inábeis em administrar situações de hostilidade por parte do cliente, observaram que os casos bem resolvidos, o objetivo da intervenção do terapeuta foi o de auxiliar o cliente a encontrar as causas de seu próprio comportamento, apresentando também comportamentos de empatia, o que não aconteceu nos

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

Summers e Barber (2003) encontraram que terapeutas que foram orientados a discutirem abertamente os comportamentos não verbais de seus clientes melhoraram a relação terapêutica com estes quando comparados com díades em que os terapeutas simplesmente expressavam empatia. Há indicações também de que interpretar de maneira precisa os conflitos trazidos pelos clientes no início da terapia leva a uma melhora da relação terapêutica e reparar rupturas inevitáveis na aliança terapêutica fortalece esta relação posteriormente.

Cautilli e Connor (2000) apresentam uma análise funcional da resistência e de outras formas de esquiva. Uma das primeiras intervenções sugeridas por eles está relacionada ao que já foi dito anteriormente sobre o terapeuta se estabelecer como uma audiência não punitiva e acolher as necessidades do cliente. O foco estaria na relação entre terapeuta e cliente, em que nesse momento o terapeuta procuraria também identificar possíveis fatores que estivessem atrapalhando o cliente a emitir um comportamento alternativo (por exemplo, o cliente pode estar sendo punido ou não estar recebendo o reforço esperado em seu ambiente natural). Na medida em que o terapeuta for capaz de identificar esses fatores, pode adaptar o procedimento, se aproximando mais da realidade do cliente. Ainda, o terapeuta deveria emitir descrições de consequências em longo prazo a respeito do que pode ocorrer na medida em que o cliente for emitindo outros comportamentos e criar a possibilidade de testá-los dentro da relação terapêutica. Isso possibilitaria o terapeuta modelar o repertório do cliente, fornecendo informações claras e, possibilitando a participação do cliente no processo. Se a tarefa for muito complexa, pode ser necessário, fornecer material de leitura e orientações claras ao cliente.

Esta abordagem de compreender o fenômeno na medida em que ocorre na sessão, está de acordo com Newman (1994) que afirma que os terapeutas podem ajudar a modificar os comportamentos de seus clientes resistentes, primeiro por tentar compreender os fenômenos, ao invés de prematuramente de traçar conclusões. A fim de alcançar este objetivo, os terapeutas devem incluir a resistência na conceituação de caso. Devem, ainda, analisar a si mesmos a fim de verificar se ele mesmo está suficientemente comprometido e motivado em face de clientes cujo progresso é frustrantemente lento. Persistir na investigação permitiria os terapeutas a fazer o melhor uso das técnicas que podem motivar clientes resistentes a se envolverem mais no processo de tratamento. Assim sendo, dependendo das necessidades específicas de um determinado cliente, os terapeutas podem escolher a melhor técnica a ser utilizada. Deve-se levar em conta a ressalva de Safran et al. (2001) de que alguns terapeutas, frente a situações de ruptura da aliança e comportamentos que

podem ser considerados de resistência, tendem a fazer uso da técnica de maneira rígida, como uma maneira de se proteção ou defesa.

Na mesma linha, uma das estratégias apresentadas por Beutler et al. (2002) como eficaz para diminuir comportamentos resistentes de cliente estaria na identificação e modificação das contingências em sessão, estabelecendo também estratégias que aumentem a cooperação no decorrer do processo terapêutico. Neste sentido, o terapeuta (1) validaria as preocupações e raiva do cliente, (2) discutiria a relação terapêutica e (3) renegociaria o contrato terapêutico em termos de objetivos e tarefas. De maneira geral as intervenções mais aconselháveis seriam aquelas não diretivas e que evitasse estimular os comportamentos de resistência do cliente. Isso seria atingido na medida em que o grau de diretividade da intervenção for inversamente proporcional ao nível de resistência do cliente. Embora Beutler et al. (2002) façam essa diferenciação entre intervenções diretivas e não diretivas, em alguns estudos levantados, essa diferenciação foi inferida.

Já estudos como de Bishoff e Tracey (1995) e Patterson e Forgatch (1985), que estudaram clientes resistentes ou não colaborativos, estudaram tais diferenciações de intervenções e afirmam que intervenções diretivas aumentam os comportamentos que dificultam o andamento da terapia, enquanto que intervenções não diretivas auxiliam a diminuir esses comportamentos.

O estudo de Bishoff e Tracey (1995) visou examinar a relação entre o comportamento resistente do cliente e intervenções diretivas do terapeuta numa amostra de dez sessões de terapia, por meio de uma análise sequencial destes comportamentos. Os resultados indicaram haver uma tendência geral em que intervenções diretivas aumentavam ligeiramente a probabilidade subsequente comportamento resistente do cliente. A relação inversa não foi encontrada, indicando que os terapeutas tendem a agir de modo mais independente que os clientes na dimensão estudada. Esses dados estariam de acordo com as recomendações de Beutler, Moleiro e Talebi (2002) de que o terapeuta deve evitar estimular os comportamentos de resistência do cliente e dá as diretrizes de como isso deve ser feito.

Bishoff e Tracey (1995) ainda discutem os dados de Hill et al. (1992) em que avaliaram que a presença de comportamento resistente na sessão não era necessariamente um preditor de maus resultados ou indicativo de mau manejo terapêutico. Hill et al. (1992) encontraram que clientes classificaram como mais úteis as intervenções dos terapeutas que seguiram seus comportamentos mais resistentes. Dessa maneira, a resistência do cliente deveria ser compreendida como tendo um papel fundamental e, talvez, instrumental na relação terapêutica. Neste sentido, também representaria um mecanismo saudável do cliente de delineamento de limites (Bishoff & Tracey, 1995).

Patterson e Forgatch (1985) realizaram dois estudos a fim de entender o impacto das intervenções do terapeuta em comportamentos não colaborativos de mãe de clientes, em terapia

infantil. Verificaram que o maior uso de intervenções como confrontar e ensinar a mãe estavam associadas ao aumento de seus comportamentos não colaborativos, assim como o maior uso de intervenções como apoiar, questionar, interpretar e facilitar estavam associados ao aumento de comportamentos colaborativos.

Estes estudos trazem informações acerca de como intervir frente aos tipos de comportamentos que, como citado anteriormente, eliciam sentimentos negativos no terapeuta. Estudos como o de Beutler et al. (2002), Cautilli e Connor (2000), Newman (1994), Safran et al. (2001) apresentam diretrizes de atuação para os terapeutas baseados em literatura empírica, e Bishoff e Tracey (1995), Oshiro (2011) e Patterson e Forgatch (1985) realizaram estudos descritivos, experimentais ou ambos. No entanto, a associação feita entre esses comportamentos e os sentimentos do terapeuta é inferida de outros estudos que encontraram essa associação em relatos de terapeutas.

Os estudos encontrados acerca dos sentimentos do terapeuta utilizaram-se de entrevistas (Hill et al., 2003; Oliveira & Vandenberghe, 2009), questionários (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Klinger et al., 2011; Pope & Tabachnick, 1993) e apresentação de caso (Reeder & Schatte, 2011) para adicionar contribuições aos terapeutas acerca da importância dos sentimentos na conceituação dos casos clínicos e condução das sessões. Partem, assim, de relatos dos terapeutas acerca do que fizeram ou teriam feito em tais situações.

As entrevistas possuem as vantagens de (1) possibilitar a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; (2) ser uma técnica eficiente de obtenção de dados em profundidade; e (3) gerar dados suscetíveis de classificação e de quantificação. Já os questionários (1) possibilitam atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa; (2) implica menores gastos com pessoal, uma vez que não exige treinamento dos pesquisadores; e (3) permite que as pessoas respondam no momento em que acharem conveniente (Gil, 1994).

No entanto possuem algumas limitações importantes. As principais limitações das entrevistas são: (1) a inadequada compreensão do significado das perguntas; (2) o fornecimento de respostas falsas, de forma consciente ou inconsciente; (3) incapacidade do entrevistado para responder adequadamente; e (4) a influência exercida pelo aspecto pessoal ou de opiniões pessoais do entrevistador sobre o entrevistado. Já as limitações dos questionários são: (1) impedimento do auxílio ao informante quando este não entende corretamente as instruções ou perguntas; (2) impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido; e (3) proporciona resultados bastante críticos em relação à objetividade, pois os itens podem ter significados diferentes para cada sujeito (Gil, 1994). De Rose (1997) defende que para que uma pessoa relate seu próprio comportamento

faz-se necessária a instalação do comportamento de auto-observação, que nem sempre acompanha o comportamento a ser relatado.

O único estudo encontrado que analisou as sessões, realizando um estudo observacional foi o de Westra et al. (2011). No entanto, os autores analisaram apenas o comportamento de clientes, categorizando duas sessões de cada um dos quatro terapeutas que participaram do estudo com o Client Resistance Code (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984, apud Westra et al. (2001). Eles tinham como objetivo avaliar as reações emocionais positivas e negativas dos terapeutas nas sessões iniciais e as mudanças nos níveis de resistência do cliente do início a fase intermediária das terapias. Para ter acesso às reações emocionais, os autores utilizaram o Rating of Emotional Attitudes to Clients by Treaters (REACT - Najavits et al., 1995).

O presente estudo justifica-se, portanto, pela dificuldade de se encontrar trabalhos que tenham analisado o comportamento do terapeuta com dados obtidos por observação direta em situações em que o cliente emite comportamentos que eliciam sentimentos negativos no terapeuta. Como visto, os terapeutas tendem a responder a clientes resistentes ou hostis com contra-hostilidade, frieza, distanciamento e comportamentos pouco ou nada empáticos. Evitam o conflito e acabam, por vezes, tendo dificuldade de tolerar os sentimentos negativos, acolher as necessidades do cliente e agir de modo diferente das que o cliente tem disponíveis em seu ambiente natural (Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003; Najavits, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Pope & Tabachnick; 1993; Safran et al., 2001). Assim, o presente estudo se propõe a analisar essas questões fazendo uso de uma metodologia descritiva, analisando o comportamento do terapeuta em sessão e em situação natural, sempre que este relatar ter experimentado um sentimento negativo frente a comportamento(s) do cliente.

### **1.3. Objetivos**

O presente trabalho se propôs investigar a interação terapêutica em sessões avaliadas pelo terapeuta como geradoras de sentimentos negativos. Nesta linha, pretendeu-se verificar (1) se o terapeuta alterava, no decorrer do processo terapêutico, sua resposta aos comportamentos do cliente que eliciavam nele (o terapeuta) sentimentos negativos, demonstrando que estava sensível ao impacto de suas intervenções no comportamento do cliente e vice-versa; e (2) se houve diminuição destes comportamentos do cliente, sendo, mesmo que indiretamente, uma medida de eficácia das intervenções terapêuticas.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

#### 2.1.1. Terapeutas

Participaram deste trabalho três terapeutas analítico-comportamentais e uma estudante de psicologia. A idade dos terapeutas participantes variou de 23 a 40 anos e todos eram do sexo feminino (Tabela 1). As terapeutas T1 e T3 faziam parte de diferentes grupos de supervisão, embora tivessem a mesma supervisora. T2a e T2b faziam parte do mesmo grupo de supervisão e sua supervisora era diferente das demais participantes. As supervisões eram realizadas semanalmente ou quinzenalmente na abordagem analítico-comportamental.

As participantes foram selecionadas em cursos de especialização, pós-graduação *strictu sensu* e de graduação em Psicologia<sup>1</sup>, mediante convite realizado pela pesquisadora a grupos de supervisão destes locais. A seleção das participantes terapeutas dependia apenas de sua disponibilidade em filmar as sessões e gravar em áudio suas supervisões, com o devido aceite do grupo de supervisão do qual eram integrantes e de seus clientes.

As terapeutas T2a e T2b atenderam em dupla, pois o curso de especialização do qual eram alunas tinha essa metodologia de atendimento. Para o presente trabalho, os dados gerados de suas atuações foram analisados em conjunto e independentemente.

A seguir, a Tabela 1 apresenta sexo, idade, número de casos atendidos, formação do terapeuta e local da coleta de dados por terapeuta participante.

**Tabela 1 – Sexo, idade, frequência da supervisão durante a coleta, número de casos atendidos até o período da coleta de dados, formação do terapeuta participante e local da coleta.**

<b>Terapeuta</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Nº de casos atendidos</b>	<b>Formação</b>	<b>Local da coleta de dados</b>
<b>T1</b>	Feminino	27	80	Estudante de pós-graduação <i>strictu sensu</i>	Clínica-escola
<b>T2a</b>	Feminino	40	40	Estudante de pós-graduação <i>lato sensu</i>	Ambulatório
<b>T2b</b>	Feminino	32	10	Estudante de pós-graduação <i>lato sensu</i>	Ambulatório
<b>T3</b>	Feminino	23	1	Estudante de graduação em Psicologia	Clínica-escola

<sup>1</sup> Cartas de autorização dos lugares previstos para a coleta de dados foram encaminhadas juntamente com o projeto para o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

### 2.1.2. Clientes

Participaram três mulheres, adultas, entre 24 e 56 anos de idade e que foram atendidas pelas terapeutas participantes descritas acima. A Tabela 2 apresenta as informações das clientes quanto sexo, idade, estado civil, grau de instrução, terapeuta que a atendeu e queixa resumida.

**Tabela 2 – Sexo, idade, estado civil, grau de instrução, terapeuta que atendeu e queixa resumida dos clientes que participaram do presente trabalho.**

Cliente	Sexo	Idade	Estado Civil	Grau de Instrução	Terapeuta que o atendeu	Queixa resumida
C1	Feminino	38 anos	União Estável	Superior completo	T1	Depressão, problemas de assertividade e no casamento.
C2	Feminino	24 anos	Solteira	Superior completo	T2a e T2b	Depressão (encaminhada por psiquiatra)
C3	Feminino	56 anos	União Estável	Superior completo	T4	Luto, preocupação com doença de cônjuge, solidão.

A princípio programou-se a seleção dos clientes por meio de questionário pós-sessão (Anexo 3) respondido pelo terapeuta durante as quatro primeiras sessões de terapia. Este questionário visava identificar se clientes apresentavam os seguintes comportamentos: “Discordar ou se opor explicitamente ao que o terapeuta diz”, “Relatar que não cumpriu/ seguiu tarefas ou recomendações, embora tenha concordado com ou aceitado”, “Galanteios excessivos dirigidos ao terapeuta”, “Falar superficialidades”, ou “Outros”. Dados empíricos mostravam que esses comportamentos eliciavam sentimentos negativos nos terapeutas (Safran et al., 2001; Guilhardi, 2002; Hill et al., 2003; Falcone & Azevedo, 2004). Além disso, pelo questionário também seria possível identificar se o terapeuta havia tido algum sentimento negativo durante essas sessões iniciais.

No entanto, esse critério se mostrou suficiente apenas para as díades T1/C1 e T3/C3. Para as participantes T2a, T2b e C2, por meio dos questionários pós-sessão, foi possível detectar algum sentimento negativo apenas na quarta sessão e para uma terapeuta (T2b). Este dado de T2a, T2b e C2 está de acordo com os de Najavits (2001) e de Westra et al. (2011) em que os sentimentos negativos do terapeuta para com o cliente foram inicialmente baixos e aumentaram com o decorrer das sessões.

Optou-se, mesmo assim, por iniciar as filmagens das sessões para a tríade T2a, T2b e C2 devido a suspeita da supervisora de que apareceriam mais situações geradoras de sentimentos negativos em sessão pelas características da cliente, relatadas pelas terapeutas em supervisão.

### *2.1.3. Supervisores*

Participaram duas supervisoras, com experiência neste tipo de atuação entre quatro e 16 anos, que também atuavam como terapeutas com referencial teórico analítico-comportamental. A abordagem teórica foi um critério selecionador das supervisoras para a pesquisa, mas não o tempo de experiência.

### *2.1.4. Juiz*

O juiz selecionado para o teste de concordância entre observadores foi uma psicóloga que possui oito anos de experiência como terapeuta analítico comportamental e que está cursando o doutorado em psicologia clínica e estudando pesquisa de processo.

## **2.2. Aspectos éticos**

O presente estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos necessários às pesquisas com seres humanos, contidos nos termos da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade de São Paulo, obtendo sua aprovação em 05 de abril de 2010. Após esta data, foi dado início à coleta de dados.

Os participantes deste estudo – terapeutas e clientes - assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com o qual receberam informações acerca dos objetivos do trabalho e sobre os procedimentos que envolviam a coleta de dados. Neste termo, foi garantido o anonimato dos participantes, mantendo-se em sigilo quaisquer informações que pudessem identificá-los (Anexo 1). A fim de garantir o anonimato dos participantes, informações como locais de trabalho, cidades, formação, local de formação foram substituídos por termos genéricos.

Como as supervisões também foram gravadas um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a gravação das supervisões foi entregue para todos os integrantes do grupo de supervisão, mesmo aqueles que não eram participantes diretos do estudo, e para o supervisor, para que fossem iniciadas as gravações (Anexo 1).

A própria pesquisadora assinou também um Termo de Responsabilidade para garantir o sigilo das informações às quais teve acesso (Anexo 1). A juíza que realizou a categorização para o cálculo de concordância também assinou o mesmo termo, assim como os transcritores das sessões e supervisões.

Somente após clientes, terapeutas, supervisores, membros das supervisões e pesquisadora terem assinado os termos de consentimento foram iniciadas as filmagens. Os atendimentos dos



clientes independentemente de sua participação no estudo tiveram continuidade, sendo resguardados seus direitos.

Não houve casos em que participantes – cliente, terapeuta ou supervisor – desistiram de participar da pesquisa. Também não houve casos em que algum membro do grupo de supervisão desistiu de sua participação na supervisão do terapeuta participante.

### **2.3. Materiais e equipamentos**

As sessões foram filmadas com câmera digital, localizada dentro da sala de atendimento. As participantes T1, T2a, T2b e T3 utilizaram uma câmera filmadora SONY CR-HC24. As sessões de supervisão foram gravadas com gravador digital SONY ICD-MX20.

A análise e categorização das sessões foram feitas em computador Dell Vostro 1320, equipado com Pacote Office 2007.

O material obtido da coleta de dados abrange:

- 46 sessões registradas por meio de gravação em vídeo;
- 25 supervisões registradas por meio de gravação de áudio;
- 71 questionários pós-sessão respondidos;
- 46 transcrições: 23 de vídeos de sessões de terapia e 23 de áudios das supervisões.

### **2.4. Ambiente de coleta de dados**

As sessões de terapia das participantes T1 e C1 foram realizadas numa sala de clínica-escola que continha uma mesa e três cadeiras, relógio, armário e um espelho unidirecional. As sessões das participantes T3 e C3 foram realizadas numa sala de clínica-escola onde também ocorriam atendimentos com crianças. Esta sala continha mesa e duas cadeiras para adultos e mesa e cadeiras para crianças, casa de boneca, um armário, relógio e um espelho unidirecional. Ambas as salas (das participantes T1 e C1 e T3 e C3) possuíam uma filmadora acoplada ao teto para registro dos dados de observação.

As sessões das participantes T2a, T2b e C2 ocorreram em ambulatório, em uma sala que continha: uma mesa e três cadeiras, uma maca e equipamentos, como balança e aparelho para aferir pressão. A filmadora era posicionada em cima da mesa.

## 2.5. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário pós-sessão (Anexo 3) para verificação de ocorrência de sentimentos negativos em sessão, construído para o presente estudo. Este questionário possui as seguintes questões:

- “O cliente emitiu algum desses comportamentos em sessão?”:
  - “Discordar ou se opor explicitamente ao que o terapeuta diz”;
  - “Relatar que não cumpriu/ seguiu tarefas ou recomendações, embora tenha concordado com ou aceitado”;
  - “Ignorar o que o terapeuta diz e faz”;
  - “Galanteios excessivos dirigidos ao terapeuta”;
  - “Falar superficialidades”;
  - “Outros – Especifique”.
- “Como você respondeu a esse(s) comportamento(s)? Especifique a sua ação para cada comportamento emitido pelo cliente”;
- “O que você sentiu nestas situações?”;
- “A quais variáveis você atribui sua ação para o comportamento que o cliente emitiu?”;
- “A que você atribui os comportamentos do cliente que você selecionou acima?”.

2. Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT, Zamignani, 2007): visa categorizar os comportamentos do terapeuta de modo a verificar como ocorre a interação terapêutica, permitindo a compreensão de como os comportamentos do terapeuta influenciam nos comportamentos do cliente. Tal instrumento é composto por três eixos de categorização e quatro qualificadores, sendo que para o presente estudo foram utilizadas as categorias de terapeuta do Eixo I, comportamento verbal (Tabela 3) – os qualificadores tom emocional e gestos ilustrativos foram utilizados apenas para auxiliar a categorização do comportamento verbal.

**Tabela 3 – Categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007).**

<i>Categorias</i>	<i>Descrição</i>
<i>Aprovação</i>	Verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento favoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Inclui: (a) 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; (b) Descrição de ganhos terapêuticos - terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente; (c) Verbalizações de concordância - terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente; (d) Pseudodiscordância - terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características ou ações do cliente que ele considera positivas; (e) 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; (f) 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; e (g) Agradecimentos - terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.
<i>Empatia</i>	Verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. Inclui: (a) Nomeação e inferência de sentimentos - terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente; (b) 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); (c) 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; (d) Verbalizações de cuidado - terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação; (e) Autorrevelações 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; (f) 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; (g) 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; (h) Apoio - terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação; (i) Paráfrases - terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente); e (j) 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.
<i>Facilitação</i>	Verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade. Inclui: (a) Verbalizações mínimas - verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente; e (b) Expressões paralinguísticas - vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

**Tabela 3 – Categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007).**

<p><i>Informação</i></p>	<p>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. Inclui: (a) Informações factuais - dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão; (b) 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; (c) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos - informações sobre padrões recorrentes de contiguidade temporal entre eventos (relações do tipo "o evento X ocorre quando Y ocorre...") ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros; (d) Explicações teóricas e experimentais sobre eventos - descrição de proposições teóricas ou achados experimentais, relativos ao assunto em discussão; (e) 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); (f) Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico - descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão; e (g) Justificativas de intervenções - terapeuta explica ou justifica suas intervenções.</p>
<p><i>Interpretação</i></p>	<p>Verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contiguidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação do cliente e/ou de terceiros. Inclui: (a) 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; (b) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações - terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contiguidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente; (c) Diagnóstico - apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta; (d) Devolutiva de avaliação padronizada - apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica; (e) 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 <i>Interpretação</i> diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente; (f) Metáforas ou analogias explicativas - descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas; (g) 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; (h) Previsões - suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros; (i) Confrontações - terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente; (j) Normalizações - terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado; e (k) 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.</p>

**Tabela 3 – Categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007).**

<i>Recomendação</i>	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. Inclui: (a) 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; (b) Modelo - terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar; (c) Incentivo - terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento; (d) Estruturação de atividade - terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório; e (e) Permissão, proibição ou solicitação de parada - ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.
<i>Solicitação de Relato</i>	Verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Inclui: (a) Solicitação de informações sobre fatos - terapeuta solicita que o cliente descreva fatos ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente; e (b) Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente - terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências à ação imediata.
<i>Solicitação de Reflexão</i>	Verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. Inclui: (a) 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; (b) Solicitação de avaliação - terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos; (c) Solicitação de previsão - terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros; e (d) 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.
<i>Outros</i>	Inclui: (a) 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; (b) acertos ocasionais - acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão; (c) 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; e (d) 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.
<i>Silêncio*</i>	Não emissão de respostas orais por parte do terapeuta por pelo menos 5 segundos após fala do cliente.

**Tabela 3 – Categorias do terapeuta do Eixo I do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007).**

<i>Reprovação</i>	Verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Inclui: (a) 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; (b) Crítica - terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência; (c) 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; (d) Ameaça - terapeuta prevê consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça; (e) 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; (f) Autorrevelações desafiadoras - terapeuta relata sua experiência com relação a um evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir; (g) 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; e (h) Advertência - terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.
<i>Insuficiente</i>	Qualquer ação do terapeuta cuja identificação está impossibilitada devido a qualquer problema no áudio do filme.

\* Esta categoria teve sua definição alterada para melhor observação desta categoria na categorização de sessões transcritas (acompanhadas do vídeo).

3. Categorias de comportamentos de cliente: visam categorizar comportamentos de clientes que eliciavam sentimentos negativos no terapeuta em sessão. A construção destas categorias será descritas na seção de análise de dados. As categorias clientes são apresentadas na Tabela 4.

**Tabela 4 – Categorias de comportamento do cliente que geram sentimentos negativos no terapeuta em sessão.**

<i>Categoria</i>	<i>Descrição</i>
<i>Falta de Diálogo</i>	<p>Quando o terapeuta faz perguntas, comentários ou tenta interromper (momentos em que cliente e terapeuta falam juntos, e o terapeuta para de falar, pois o cliente continua falando), o cliente (a) não responde ou não faz referência ao conteúdo da fala do terapeuta; (b) responde rapidamente, com uma ou duas frases curtas, retomando o tema anterior ou iniciando outro assunto; e/ou (c) emite verbalizações que ocorrem imediatamente após uma fala do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado, quer o cliente explicito ou não seu interesse em mudar de assunto.</p> <p>Para estes critérios (a, b, c), as falas do cliente devem ser categorizadas como <i>Falta de Diálogo</i> até que o terapeuta emita alguma fala que não seja a de <i>Facilitação</i>. Enquanto o terapeuta estiver facilitando, continue categorizando a fala do cliente como de <i>Falta de Diálogo</i> (Se a fala não for categorizada como <i>Falta de Diálogo</i> e o terapeuta <i>Facilitar</i>, as falas do cliente posteriores não devem ser categorizadas como <i>Falta de Diálogo</i>, para os critérios a, b e c. Para estes critérios, início de uma <i>Falta de Diálogo</i> nunca é precedida por <i>Facilitação</i>)</p> <p><i>Falta de Diálogo</i> compreende, ainda, falas em que o cliente pode (d) apresentar enorme fluência na fala (não respeita pontuações e fala com velocidade alta, podendo “engolir” sílabas das palavras); e/ ou (e) possuir falas evasivas<sup>2</sup>, ou seja, com pouco conteúdo/poucas ideias concretas. Neste critério (e) estão incluídos relatos que antecedem a resposta à pergunta feita pelo terapeuta ou conclusão de um assunto anunciado pelo próprio cliente, e que não contribuem com argumentos ou ideias relevantes, não dando coerência<sup>3</sup> à fala do cliente. Faz com que o categorizador pense que o cliente mudou de assunto, mas algumas falas depois, o cliente retoma o assunto que estava sendo tratado antes do início da categoria.</p> <p>Para os critérios (d) e (e), as falas categorizadas devem ser aquelas que compreendem as descrições apresentadas, não sendo necessário fazer a correspondência com o tipo de fala do terapeuta (se de <i>Facilitação</i> ou outras categorias).</p> <p>Para o critério (d), uma fala pode ser categorizada como <i>Falta de Diálogo</i> se a alta fluência for predominante nesta fala.</p> <p>Para a cliente C2: (f') comenta ou responde ao terapeuta com frase curta, por vezes monossilábica, seguido de período de silêncio, ou questão do terapeuta (neste caso, nota-se que o cliente não diria mais nada. Ou seja, não há interrupção); (g') responde com um gesto (usualmente um aceno de cabeça - sim ou não), num momento em que o terapeuta está solicitando relato ou reflexão.</p> <p>Quando se tratar de simples indicativo de atenção ou concordância ao que o terapeuta está dizendo, não categorizar <i>Falta de Diálogo</i>. Frases curtas ou expressões monossilábicas só constituem como <i>Falta de Diálogo</i> se corresponder a um momento de relato do cliente.</p> <p>Quando o cliente está respondendo ou comentando uma fala do terapeuta que aconteceu momentos antes, e o terapeuta faz uma nova intervenção e o cliente se mantém no assunto anterior, categorize <i>Falta de Diálogo</i>.</p> <p>Em caso de dúvida, prevalece <i>Falta de Diálogo</i> em relação a <i>Fala Superficial</i>, a <i>Atenuar</i> e a <i>Demandas Indevidas</i>.</p>

<sup>2</sup> Evasivo: Que serve de subterfúgio para uma evasiva: Recorreu a comparações e analogias evasivas, e não respondeu à principal questão (<http://aulete.uol.com.br>) / indireto; obscuro; vago (<http://dicionario.sensagent.com>).

<sup>3</sup> Coerência: ligação ou harmonia entre ideias (<http://aulete.uol.com.br>).

**Tabela 4 – Categorias de comportamento do cliente que geram sentimentos negativos no terapeuta em sessão.**

<p><i>Fala Superficial</i></p>	<p>Cliente não trata de assuntos importantes para a solução de sua queixa. Neste sentido, (a) relata eventos não relacionados à análise da queixa (de acordo com a formulação da queixa realizada anteriormente à categorização das sessões); e/ou (b) conta fatos que envolvem sua problemática, mas o foco está em terceiros (estilo “contador de histórias”). Há ausência de relatos sobre si mesmo, sobre situações difíceis ou sobre sentimentos; embora a fala apresente conteúdo e coerência – contrário da <i>Falta de Diálogo</i>, na qual a fala pode ser evasiva.</p> <p>Quando conta fatos de sua vida ou sobre outros com a função de dar um panorama sobre sua situação de vida e tem relação com a queixa, não categorize <i>Fala superficial</i>. Para classificar uma fala como <i>Fala Superficial</i> é importante considerar o momento da terapia, se está no início, no meio ou no final do processo.</p> <p>Se o cliente apresentar visivelmente comportamentos não verbais indicativos de sentimentos (por exemplo, suspiros audíveis, punhos apertados, cabeça baixa, choro ou posição de corpo inconstante) ao emitir uma fala que entre nos critérios acima, não categorize <i>Fala Superficial</i>.</p>
<p><i>Fala Irritada</i></p>	<p>Cliente expressa irritação por meio de tom emocional de seu comportamento verbal vocal. Assim, o cliente apresenta fala entrecortada, tremula e/ou com variações leves de tom e intensidade (eleva tom de voz). O cliente ainda apresenta maior amplitude de movimentos com as mãos que ilustram o que está sendo dito, e sua expressão facial pode ser caracterizada por cenho franzido, sobrancelhas abaixadas, lábios apertados ou trêmulos, cantos da boca para baixo ou olhos levemente arregalados.</p>
<p><i>Atenuar</i></p>	<p>Cliente atenua queixas apresentadas ou a expressão dos sentimentos presentes no momento do relato. Neste caso, pode haver contradição entre comportamentos verbais e não verbais do cliente. Enquanto fala em tom de voz calmo, (a) cliente manipula partes do corpo ou objetos - o que segundo Fiquer (2010) indica tentativa de alívio de tensão ou ansiedade; (b) e/ou cliente fala de problemas, mas sorri.</p> <p>Para a participante C1, substituir critério (b) pela seguinte descrição: descreve situações-problemas que já conseguiu resolver sozinha ou com incentivo de outras pessoas.</p> <p>Para a participante C2 a categoria ‘atenuação’ é dada aos comportamentos considerados pelos seus terapeutas como apatia, falta de energia, além de contenção de alguns sentimentos. Esta ocorre de forma não vocal, com as seguintes categorias indicativas, segundo Fiquer (2010), de desânimo, contrariedade, falta de energia: (a’) inclina a cabeça para baixo, na qual o queixo se aproxima mais da região peitoral; (b’) olha para baixo, deixando de olhar para o terapeuta, sem ser um abaixar momentâneo no olhar; (c’) levanta as sobrancelhas, realizando um movimento de compressão em que são formadas linhas na testa e as sobrancelhas podem tender a se unir; (d’) deixa os braços entrelaçados ou em repouso (sem realizar gestos ilustrativos); apresenta aspecto de “peso” sobre os ombros, podendo estar associado a uma tendência da extremidade do ombro ficar curvada na direção da região peitoral (pode estar desencostada da cadeira); e/ou (e’) fala em tom baixo de voz ou neutro, podendo não apresentar prosódia na fala. Se houver alterações expressivas no tom de voz ou na expressão facial, não categorizar <i>Atenuar</i>; (f’) movimentos persistentes, repetidos e ritmados de uma ou das duas pernas.</p> <p>Quanto ao conteúdo da fala, o C2 pode (g’) indicar que seu problema não é tão grave, ou o apresenta em menor importância (por meio de conteúdos verbais vocais) do que feito em momento anterior da sessão; e/ou (h’) introduzir um assunto, afirmando que ele é importante ou grave, mas ao relatá-lo, fala em tom neutro, podendo sorrir em alguns momentos.</p> <p>Se C2 sorri (com exibição dos dentes, ou com expressão dos olhos), ri, desencosta do encosto da cadeira, mantendo o tronco leve e visivelmente inclinado para frente em direção à outra pessoa, não categorize <i>Atenuar</i>.</p>



**Tabela 4 – Categorias de comportamento do cliente que geram sentimentos negativos no terapeuta em sessão.**

<i>Demandas Indevidas</i>	<p>Verbalizações nas quais o cliente apresenta demandas diretas ou indiretas ao terapeuta e que são consideradas indevidas porque causa ao terapeuta desconforto. Inclui: (a) solicitação de informações ou esclarecimentos; (b) solicitação de avaliação; (c) solicitação de recomendações; (d) solicitação de procedimentos; (e) solicitação de asseguramento; (f) apresentação da demanda. Inclui ainda: (g) perguntas sobre experiências ou vida pessoal do terapeuta; (h) convites sociais (tomar um café, fazer um passeio, ir a um evento importante); e/ou (i) pedidos fora do âmbito profissional; (j) falas em que o cliente elogia o terapeuta em aspectos físicos e/ou em sua competência como profissional (sendo este elogio correspondente ou não ao que o terapeuta é ou faça; ou com o que o cliente de fato avalie sobre o terapeuta); e/ou (k) ofertas de presentes ou conselhos (que pela formulação do caso da participante C3, era considerada indevida e uma demanda, pois consistia em forma de mando disfarçado).</p> <p>Para todos os critérios, a categoria <i>Demanda Indevida</i> começa mesmo que haja uma fala introdutória que anteceda a apresentação da demanda.</p> <p>Toda solicitação feita pelo cliente deve ser incluída nesta categoria. Isso porque há a dificuldade de diferenciar precisamente qual delas causa desconforto ou não ao terapeuta.</p> <p>Para C3 <i>Demanda Indevida</i> sobrepõe a <i>Atenuar</i>.</p>
<i>Oposição</i>	<p>Verbalizações e/ou expressões não vocais nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta (Zamignani, 2007). Inclui: (a) discordâncias; (b) queixas ou reclamações sobre a terapia; (c) relatos de descontentamento; (d) indicações de contradição; (e) relatos de sentimentos negativos; (f) ironia dirigida ao terapeuta; (g) relatos de incredulidade; (h) pedidos de interrupção; (i) ameaças; (j) recusas; (k) recusas de elogio; (l) relatos de não seguimento. Inclui ainda: (m) 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 (verbalizações do tipo “Sim, mas...”); e/ou (n) 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.</p> <p>* Podem ser realizada tanto em tom de voz neutro como hostil.</p> <p>* Simples correção de fatos não é codificada como <i>Oposição</i>.</p> <p>As expressões de oposições não vocais, referentes à cliente C2, ocorrem quando o terapeuta está com a palavra (o que inclui silêncios e pausas), e inclui a categoria não vocal de Fiquer (2010) de tentativa de representar estado de ânimo, mesmo que não genuíno: cliente (a’) apresenta sorriso com os lábios fechados, sem participação intensa da musculatura ocular; de baixa hostilidade, contrariedade, desaprovação (Fiquer, 2010): (b’) levanta as sobrancelhas, realizando um movimento de compressão em que são formadas linhas na testa e as sobrancelhas podem tender a se unir; (c’) revira os olhos para cima e para baixo; de tristeza, desânimo (Fiquer, 2010): (d’) inclina a cabeça para baixo, na qual o queixo se aproxima mais da região peitoral; outras demonstrações não vocais de desagrado ou desânimo: (e’) olha para baixo, deixando de olhar para o terapeuta e/ou (f’) se movimenta na cadeira, virando o rosto para direção oposta do terapeuta.</p> <p>Na dúvida entre <i>Oposição</i> e <i>Fala Irritada</i>, categorize <i>Oposição</i>.</p>

4. Esquema Básico de Palavras Emocionais (adaptado por Brandão & Meyer 2003):  
que sugere alguns termos que podem referir-se a estados emocionais.

**Tabela 5 - Esquema Básico de Palavras Emocionais (adaptado por Brandão & Meyer 2003).**

<b>Amor</b>	<b>Raiva</b>	<b>Alegria</b>
Adoração; afeição; amar; apreciação; atração; carinho; compaixão; desejo; estimular; gamado, louco de paixão; gostar; luxúria, desejo ardente; paixão; prazeroso; proteção; sentimentalidade; ser cuidado por; ternura; vontade.	Abominação; agitação; amargura; aversão; ciúmes; desdenho; desgostar (não gostar); desprezo; exaltação; exasperação; feroz; frustração; fúria; hostilidade; incomodado; inveja; ira; irritação; ódio; raiva; rancor; repugnação; resmungar; ressentimento; ser rabugento; ser zangado; tormento; ultrajar; vingança.	Alegria; alívio; ânsia; bem (estar bem); contentamento; deleite; distração (prazer); ditoso; diversão; elação; emoção; encanto; enfeitiçada; enlevo; entusiasmo; entusiasmo; esperança; euforia; excitação; êxito; êxtase; exultar; felicidade; gozo; jovialidade; júbilo; orgulho; otimismo; prazer; relaxado; satisfação; sentir-se melhor; sortudo (feliz); ventura; zelo.
<b>Tristeza</b>	<b>Medo</b>	<b>Culpa / Vergonha</b>
Agonia; abatido; alienação; angústia; arrasado; chateado; chocado; compaixão; depressão; derrota; desagrado; desanimado; desapontado; desesperança; desespero; desgostoso; desgraçado; doloroso; estar na escuridão / tristeza profunda; fracassado; infelicidade; isolado; machucado; melancolia; miséria; negligenciado; pena; pesar; rejeição; ruim (estar ruim / estar mal); saudade; sofrimento; solidão; tristeza.	Alarmado; ansiedade; apreensão; assustado; choque; confuso; desgosto; histeria; horror; inquietude; medo; nervosismo; pânico; pavor; pesaroso; preocupado; tensão; terror.	Embaraçado; arrependimento; culpado; humilhado; inseguro; insultado; remorso; vergonha; constrangido; deslocado.

## 2.6. Procedimento de coleta de dados

Esta pesquisa quanto aos seus objetivos e delineamento de pesquisa propõe-se a ser descritiva do tipo estudo de caso (Gil, 1994), uma vez que visa observar, registrar e analisar os episódios referentes às atuações dos terapeutas em resposta a comportamentos dos clientes que eliciaram sentimentos negativos naqueles (os terapeutas), sem interferir nesta interação. Os comportamentos de cliente e terapeuta foram acessados em situação natural de terapia, por meio de registros em vídeo.

A fim de obter maiores informações a respeito do que eliciava sentimentos negativos nas terapeutas e possibilitar formular as categorias de comportamento de cliente, foram gravadas também, em áudio, as sessões de supervisão. As sessões de supervisão auxiliaram a pesquisadora a delimitar dentro das sessões o que era relatado como responsável por eliciar sentimentos negativos nas terapeutas, da mesma forma como o preenchimento dos questionários pós-sessão.

Para cada cliente foi elaborada uma breve conceituação do caso para guiar as categorizações das sessões, uma vez que algumas categorias contavam com informações sobre o caso para complementar seus critérios descritivos. As sessões de supervisão serviram como fonte de dados para as formulações dos casos.

### 2.1.5. Gravação das supervisões

Foram gravadas em áudio as supervisões dos terapeutas que aceitaram participar deste estudo, com o objetivo de ter acesso (1) aos comportamentos dos clientes que produziam sentimentos negativos no terapeuta - para a formulação das categorias de cliente; e (2) às análises de contingências realizadas - para a formulação dos casos em que se basearam as categorizações.

As gravações das supervisões tiveram início no momento da inserção dos participantes no estudo, após a quarta sessão de terapia, e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo grupo de supervisão e pelo supervisor. Foram interrompidas ao mesmo tempo em que se interromperam as filmagens das sessões de terapia.

Na Tabela 6, é apresentado o número de supervisões gravadas em áudio para cada díade/tríade de participantes.

**Tabela 6 – Número de sessões e supervisões gravadas, número de questionários pós-sessões preenchidos e motivo do encerramento das filmagens das sessões por díade/tríade de participantes.**

<b>Díade/Tríade</b>	<b>Nº de sessões gravadas</b>	<b>Motivo do encerramento das filmagens</b>	<b>Nº de supervisões gravadas</b>	<b>Nº de questionários pós-sessão preenchidos</b>
<b>T1 e C1</b>	23*	Tempo estipulado pela pesquisadora	10	25
<b>T2a, T2b e C2</b>	12**	Cliente desistiu da terapia	6	17
<b>T3 e C3</b>	12	Terapeuta se formou	9	12

\*não foram gravadas todas as sessões por problema no equipamento na 10ª e na 19ª sessões.

\*\*as filmagens das sessões foram iniciadas a partir da quarta sessão e a sétima sessão não pode ser gravada por problema no equipamento.

### *2.1.6. Questionário pós-sessão*

Os terapeutas preencheram o questionário pós-sessão (Anexo 3) ao final de cada sessão de terapia, desde a primeira, com os objetivos de (1) identificar se algum comportamento produtor de sentimento negativo ocorreu em sessão ou não; (2) como o terapeuta atuou; (3) qual foi o sentimento do terapeuta durante esta situação e (4) a que o terapeuta atribuía o comportamento do cliente. Somente as sessões em que algum sentimento negativo foi relatado pelo terapeuta no questionário pós-sessão foram categorizadas. Na Tabela 6, é apresentado o número de questionários preenchidos por terapeuta.

### *2.1.7. Gravação das sessões*

Para as participantes T2a e T2b, as gravações em vídeo tiveram início a partir da quinta sessão. As quatro primeiras sessões não foram filmadas, pois o preenchimento do questionário pós-sessão para identificação de comportamentos dos clientes e sentimentos do terapeuta fazia parte da seleção para a inclusão dos participantes no estudo e, portanto, início das filmagens. Para as participantes T1 e T3, por estarem em instituição em que a filmagem das sessões fazia parte do procedimento normal dos atendimentos, as filmagens ocorreram desde a primeira sessão.

As filmagens ocorreram mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do cliente, que foi solicitado na primeira sessão. O número de sessões filmadas variou de acordo com cada díade/tríade de participante, uma vez que houve desistência de uma cliente da terapia (C2) e formatura da estudante de psicologia (T3). Apenas a participante T1 cumpriu o tempo previsto de filmagens, que seguia o critério misto de 24 sessões ou um ano acadêmico aproximadamente, ou término da terapia. Os atendimentos de C1 com T1 continuaram após o encerramento da coleta de dados. A Tabela 6 apresenta a maneira como foram realizadas as filmagens para cada díade/tríade.

## **2.7. Análise de dados**

A análise das informações obtidas por meio dos questionários pós-sessão, as sessões de supervisão e de terapia seguiram a ordem apresentada a seguir. As informações de cada díade/tríade de participantes foram analisadas por completo, em que só se passou para a díade/tríade seguinte quando finalizada toda a seleção de sessões a serem categorizadas, a elaboração das categorias e as categorizações.

Ao final, a juíza de concordância categorizou três sessões, passando por um treino de categorias e discussão dos resultados das categorizações, como será descrito mais adiante. Nesta fase, devido a reformulações importantes nas categorias, as categorizações da pesquisadora de todas

as sessões de T1 e C1 foram revisadas por completo. Os dados desta díade foram os primeiros a serem analisados.

#### 2.1.8. Seleção das sessões a serem categorizadas via questionário pós-sessão

Foram extraídos dos questionários pós-sessão os comportamentos das clientes relatados pelas terapeutas como eliciadores de sentimentos negativos e seus respectivos sentimentos, e tabulados em arquivo de Excel seguindo o modelo de cinco colunas referentes à terapeuta, sessão, data e comportamento do cliente e sentimentos do terapeuta.

Os sentimentos da terapeuta, relatados nos questionários, foram agrupados de acordo com o Esquema Básico de Palavras Emocionais (Brandão & Meyer, 2003). Essas palavras emocionais foram utilizadas para a seleção de quais sessões seriam categorizadas, já que era de interesse apenas categorizar sessões em que sentimentos negativos foram eliciados no terapeuta. As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam os sentimentos relatados pelas terapeutas já categorizados de acordo com o Esquema Básico de Palavras Emocionais (Brandão & Meyer, 2003).

**Tabela 7 – Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pela terapeuta T1 nos questionários pós-sessão.**

Sessão	Palavra Emocional	Sessão	Palavra Emocional
<b>1</b>	<b>Raiva</b>	14	---
2	---	15	---
<b>3</b>	<b>Tristeza</b>	<b>16</b>	<b>Raiva</b>
4	---	17	---
<b>5</b>	<b>Raiva</b>	18	---
<b>6</b>	<b>Raiva e Tristeza</b>	19	Raiva
<b>7</b>	<b>Medo</b>	20	---
<b>8</b>	---	<b>21</b>	<b>Tristeza</b>
9	---	<b>22</b>	<b>Medo</b>
10	Tristeza	23	---
11	---	24	---
12	---	25	---
13	---	--	

\* As sessões em negrito foram as selecionadas para as categorizações.

--- Não houve relato de sentimentos negativos.

Da díade T1 e C1, foram selecionadas para serem categorizadas as sessões: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 16, 21 e 22 (Tabela 7). A sessão oito, apesar de conter relato de sentimento positivo, foi selecionada

para categorização uma vez que foi encontrado relato da terapeuta de comportamentos eliciadores de sentimentos negativos e ocorreu após uma sequência de três sessões em que houve relato deste tipo de sentimento. As sessões 10 e 19 não puderam ser categorizadas, apesar de haver relatos de sentimentos negativos, devido à falha no equipamento que impossibilitou a filmagem dessas sessões.

**Tabela 8 - Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pelas terapeutas T2a e T2b nos questionários pós-sessão.**

<b>T2a**</b>		<b>T2b</b>	
<b>Sessão</b>	<b>Palavra Emocional</b>	<b>Sessão</b>	<b>Palavra Emocional</b>
1	---	1	---
2	---	2	---
3	---	3	---
4	---	4	Medo
5	---	5	---
6	---	6	---
7	---	7	Medo
<b>8</b>	<b>Raiva</b>	<b>8</b>	<b>Raiva; Medo</b>
9	---	<b>9</b>	<b>Raiva; Medo</b>
<b>10</b>	---	<b>10</b>	<b>Raiva; Medo</b>
11	---	11	---
12	---	<b>12</b>	<b>Tristeza*</b>
13	---	<b>13</b>	<b>Tristeza*</b>
14	---	14	---
15	---	15	---
16	---	16	---
17	---	17	---

\* os sentimentos relatados pelo terapeuta não foram encontrados no Esquema Básico de Palavras Emocionais (adaptado por Brandão & Meyer 2003). Nestes casos, as palavras foram encaixadas na categoria por sinônimos que estavam presentes na listagem.

\*\* A terapeuta T2a relatava muito mais sentimentos negativos em supervisão do que nos questionários pós-sessão.

--- Não houve relato de sentimentos negativos.

A terapeuta T2b relatou mais sentimentos negativos em relação à cliente C2 que a terapeuta T2a (Tabela 8). No entanto, quando se analisou as transcrições das supervisões, notou-se que T2a relatava mais incômodos na interação com C2 do que relatou nos questionários pós-sessão. Isso pode ser decorrente a um atraso de T2a para responder aos questionários pós-sessão. A participante

T2a respondeu os questionários de 1 a 4 a cada final de sessão, no entanto, os questionários de 5 a 10 após a décima sessão e os questionários de 11 a 17 após a 17ª sessão. Para os questionários respondidos depois que algumas sessões já haviam sido realizadas, T2a respondeu aos questionários após a leitura dos relatórios das sessões. Assim, a resposta pode ter sido prejudicada pelo tempo decorrido entre a sessão e o preenchimento dos questionários. Esta foi uma dificuldade encontrada com esta participante, em que foi necessário que a pesquisadora sentasse juntamente com a participante para auxiliá-la a responder aos questionários.

As sessões selecionadas para serem categorizadas da tríade T2a, T2b e C2 foram: 8, 9, 10, 12 e 13 (Tabela 8). A sessão quatro não pode ser categorizada, pois, por ainda fazer parte do período de seleção de participantes, não foi gravada. A sessão sete, apesar de ter sido relatado um sentimento negativo no questionário pós-sessão referente a esta sessão, houve um problema no equipamento e não foi gravada.

**Tabela 9 - Palavras emocionais referentes aos sentimentos relatados pela terapeuta T3 nos questionários pós-sessão.**

Sessão	Palavra Emocional	Sessão	Palavra Emocional
1	Culpa / Vergonha	7	---
2	Raiva	8	Tristeza*
3	Culpa / Vergonha	9	Raiva
4	Tristeza*	10	---
5	Culpa / Vergonha; Raiva	11	---
6	Raiva	12	Raiva*

\* os sentimentos relatados pelo terapeuta não foram encontrados no Esquema Básico de Palavras Emocionais (adaptado por Brandão & Meyer 2003). Nestes casos, as palavras foram encaixadas na categoria por sinônimos que estavam presentes na listagem.

--- Não houve relato de sentimentos negativos.

As sessões selecionadas para serem categorizadas da tríade T3 e C3 foram: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 12 (Tabela 9). T3 relatou sentimentos negativos em 75% das sessões com C3 e por todas as sessões terem sido filmadas, todas em que foram relatados tais sentimentos foram categorizadas.

Os comportamentos relatados pelas terapeutas como tendo sido apresentados pelas clientes foram listados para auxiliar na elaboração das categorias de comportamentos de cliente, assim como para guiar as categorizações destes comportamentos, auxiliando a pesquisadora e juíza a considerar se determinado comportamento deveria ser categorizado por fazer parte daqueles que eliciavam sentimentos negativos no terapeuta.

### 2.1.9. *Elaboração das categorias de comportamento de clientes*

As supervisões das terapeutas participantes foram transcritas e os comportamentos das clientes considerados por elas como responsáveis por eliciarem sentimentos negativos, e que foram relatados durante a supervisão, foram listados e adicionados à lista de comportamentos retirados dos questionários pós-sessão.

Em seguida, os comportamentos identificados foram agrupados levando-se em consideração as análises feitas pelas terapeutas e o grupo de supervisão. Foram elaboradas, assim, pré-categorias a partir da análise de cada cliente e, posteriormente, com as pré-categorias de todos os clientes já descritas, avaliou-se o que havia de comum entre elas. Na definição das categorias foram elaborados critérios individuais para cada cliente de acordo com as descrições das pré-categorias, caso necessário.

Foram usados sistemas de categorização já existentes como o SMCCIT (Zamignani, 2007), as categorias de comportamento de clientes que dificultam o andamento da terapia, elaboradas por Oshiro (2011), o *Client Therapy Code* de Chamberlain e Ray (1988), *Hill's Client Behavior System* de Hill et al. (1992), *Category System for Coding Interaction in Psychotherapy* de Schindler, Hohemberg-Sieber e Hahlweg (1989) e as categorias de comportamentos não verbais de Fiquer (2010), a fim de verificar se essas pré-categorias poderiam ser melhor descritas por categorias já existentes nesses sistemas ou se critérios das categorias desses sistemas poderiam ser utilizados, uma vez que já foram extensamente pesquisadas.

Por fim, ajustes nas descrições foram feitos durante as categorizações por parte da pesquisadora e em decorrência de dúvidas sobre as descrições das categorias trazidas pela juíza que categorizou sessões para o cálculo de concordância, a fim de deixá-las mais claras e operacionais.

### 2.1.10. *Categorizações das sessões de terapia*

A unidade de medida consistiu em uma fala. Esta foi definida a partir de uma verbalização emitida por um interlocutor, delimitada pela verbalização anterior e subsequente do outro falante (Kanter et al., 2006; Oshiro, 2011; Sadi, 2011).

Foram considerados como unidades de análise os segmentos de verbalizações de terapeuta e cliente, isto é, trechos de verbalizações de um participante identificados em uma categoria específica. Levou-se em consideração que a categoria de um participante não era exclusivamente delimitada pela resposta do outro, mas pela mudança em sua natureza (categoria, pausa, tema, entre outros), mesmo que estivesse dentro da mesma fala do participante em questão, assim como feito em estudos anteriores da área de pesquisa de processo (Donadone, 2004, 2009; Zamignani, 2007; Sadi, 2011).



As sessões de terapia selecionadas para serem categorizadas foram transcritas e organizadas em arquivos de Excel, distintos para cada díade/tríade. As planilhas foram organizadas em colunas quanto às falas, membro da díade/tríade que tinha a palavra, categoria de cliente, categoria de terapeuta e observações que fossem pertinentes à categorização. Cada linha correspondia a uma fala de um membro da díade ou tríade e organizadas na ordem em que aconteceram. A Tabela 10 apresenta o modelo de planilha utilizada para a categorização.

**Tabela 10 - Modelo de planilha de Excel utilizada para a categorização das sessões de terapia.**

<b>Falas</b>	<b>Membro da díade/tríade</b>	<b>Observação</b>	<b>Categorias de cliente</b>	<b>Categorias de terapeuta</b>
A casa não fica suja na verdade, é mais poeira mesmo, então para limpar é... é facinho, então, está indo bem, estou me organizando bem.	Cliente		<i>Fala Superficial</i>	
E como é que está você e o seu marido?	Terapeuta			<i>Solicitação de Relato</i>

As sessões foram categorizadas juntamente com o vídeo, em que tanto a pesquisadora quanto a juíza assistiam às sessões e acompanhavam as transcrições, inserindo as categorias ao lado das falas correspondentes. A fala era quebrada de acordo com a categoria correspondente e, por ser de interesse apenas os episódios de comportamentos de cliente que eliciavam sentimentos negativos nos terapeutas e suas atuações em resposta a esses comportamentos, as sessões não foram categorizadas por inteiro. Apenas os trechos referentes a esses episódios foram categorizados.

Os dados providos das categorizações foram organizados, e as frequências absolutas e os percentuais de cada categoria de cliente e terapeuta foram calculados em relação ao total de categorias de cliente e terapeuta, respectivamente. Foram calculados também os percentuais das falas categorizadas sobre o total de falas na sessão, a fim de sabermos o quanto de cada sessão foi categorizado. Como medida indireta de duração, foi calculado o número de palavras das falas de cada membro da díade/tríade de participantes e para cada categoria, e então calculado seus percentuais por categoria para cada participante.

Em seguida, analisaram-se as interações entre comportamentos de cliente e terapeuta. Essas interações referem-se às sequências de comportamentos cliente-terapeuta, tendo o comportamento de cliente eliciador de sentimento negativo como evento antecedente e o comportamento de terapeuta em resposta a esse comportamento como o evento que imediatamente o segue. Assim, para cada categoria de comportamento de cliente calculou-se o percentual de cada categoria de terapeuta em relação ao total de categorias de terapeuta em resposta àquele comportamento de

cliente naquela sessão. Por exemplo, para a categoria de *Fala Superficial*, calcularam-se as ocorrências de *Empatia* sobre o total de categorias de terapeuta que imediatamente seguiram *Fala Superficial*, multiplicado por 100. Do mesmo modo foi feito para *Facilitação*, *Interpretação*, e assim por diante em relação a cada categoria de comportamento de cliente.

Algumas categorias de terapeuta foram agrupadas para melhor visualização dos dados, uma vez que observar algum padrão nas curvas das figuras de doze categorias não foi possível. No entanto, era clara a prevalência das categorias *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação* em relação às outras categorias de terapeuta. Assim, optou-se por agrupar as outras categorias (*Interpretação*, *Solicitação de Reflexão*, *Recomendação*, *Aprovação*, *Reprovação*, *Informação*, *Silêncio* e *Outros*), já que também ocorriam em frequência bem menor que *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação*, a fim de observar melhor os padrões existentes nas curvas das figuras. Isso foi feito com o total de categorias de terapeuta e também por interação com as categorias de comportamento de cliente

Para a comparação das interações entre comportamentos de cliente e terapeuta, foi calculada a linha do acaso, que se refere ao percentual de ocorrências das categorias se elas ocorressem ao acaso. Ela foi calculada dividindo 100 por doze, sendo 100 o percentual total de categorias de terapeuta e doze o número de categorias de terapeuta.

## 2.8. Cálculo de concordância

A juíza de concordância, após assinar o Termo de Responsabilidade para garantir o sigilo das informações (Anexo 1), recebeu quatro DVD's com as sessões de terapia, as transcrições das sessões em planilhas de Excel no mesmo modelo da apresentada na Tabela 10, as formulações breves dos casos, as descrições das categorias de comportamento de cliente e terapeuta e CD de treino de observadores para as categorias de terapeuta do SMCCIT (Zamignani, 2007). As sessões para treino e cálculo de concordância foram selecionadas por sorteio.

Na Tabela 11 são apresentadas as sessões sorteadas para treino e cálculo de concordância de cada díade/tríade de participante.

**Tabela 11 - Sessões sorteadas para treino e cálculo de concordância de cada díade/tríade de participante.**

	Sessão
<b>Treino</b>	01 (da díade T1 e C1)
<b>Díade T1 e C1</b>	03
<b>Tríade T2a, T2b e C2</b>	10
<b>Díade T3 e C3</b>	02

Inicialmente, a juíza leu as descrições das categorias de comportamento de cliente e as discutiu com a pesquisadora. Como treino, a juíza categorizou uma sessão da díade T1 e C1, com posterior discussão com a pesquisadora. Em seguida, deu início as categorizações das sessões para o cálculo de concordância.

A juíza de concordância realizou primeiramente a categorização das falas de cliente, sendo realizado um cálculo de concordância preliminar utilizando o Índice de Concordância, cuja fórmula consiste da divisão do total de concordância com a soma dos totais de concordância e de discordância, multiplicado por 100. Entretanto, o treino inicial com a leitura e discussão das descrições das categorias não se mostrou suficiente. O cálculo inicial de concordância da sessão 3 da díade T1 e C1 se mostrou bastante baixo para algumas categorias, o que pode ser explicado pelo fato de que nem todas as categorias apareciam na sessão de treino. Optou-se, então, por estudar com maior detalhe que tipo de discordância ocorreu, tendo em vista que em vários estudos de categorização da interação cliente com terapeuta a concordância entre observadores dificilmente é alta. Ao invés de apenas criar mecanismos de melhorar os índices de concordância, preferiu-se entender o tipo de problema que produziu diferentes categorizações entre juíza e pesquisadora. Era por problema de domínio insuficiente do sistema de categorias? Era por má descrição da categoria? Era por entendimento diferente daquilo que ocorria em sessão?

O procedimento adotado foi o de selecionar trechos de outras sessões para ilustrar as categorias, e a partir disso, juíza e pesquisadora discutiram as discrepâncias entre as suas categorizações. O mesmo procedimento foi adotado para as demais sessões categorizadas. Como resultado dessas discussões, ocorreram quatro possibilidades de ação: (1) a juíza poderia alterar sua categorização em decorrência de uma má compreensão da categoria e, assim, ficar em concordância com a categorização da pesquisadora; (2) a juíza poderia alterar sua categorização devido a uma má descrição dos critérios das categorias. Neste caso, refinava-se a descrição da categoria, de forma a representar mais precisamente a classe de comportamento considerada; (3) a juíza poderia, ainda, manter sua categorização, discordando da categorização da pesquisadora, indicando uma divergência na compreensão da situação terapêutica; ou (4) a pesquisadora poderia alterar sua categorização, concordando com a avaliação da juíza, o que foi menos comum. Os resultados desse processo serão apresentados e discutidos na seção de Resultados e Discussão.

Com a categorização final, pós-discussão das discordâncias e alterações nas descrições das categorias, foi calculado o índice *Kappa*, por um estatístico, utilizando o software *SPSS Statistics* versão 20 para *Macintosh*. A fórmula do *Kappa* é:

$$x = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

$P_0$  é a proporção de concordância observada entre os juízes e  $P_e$  é a proporção esperada de concordância ao acaso. O numerador da equação é a diferença entre a concordância observada e a concordância esperada, e o denominador indica a diferença total possível entre a concordância entre observadores e a concordância esperada (Zamignani, 2007). Justamente por descontar a concordância esperada no cálculo e acomodar eventos de dois ou mais observadores, o índice *Kappa* tem sido considerado o mais confiável (Zamignani & Meyer, 2007).

Como eram categorizadas apenas as partes das sessões em que apareciam comportamentos dos clientes eliciadores de sentimentos negativos, para o cálculo do índice *Kappa*, foram criadas duas novas categorias, somente para esta finalidade: *Fala não categorizada de cliente* e *Fala não categorizada de terapeuta*. Incluir estas categorias teve a finalidade de verificar o grau de concordância entre pesquisadora e juíza quanto aos trechos que deveriam ser categorizados, além do grau de concordância entre as categorias.

A Tabela 12 apresenta os índices *Kappa* para cada cliente e terapeuta em relação às sessões sorteadas para o cálculo de concordância.

**Tabela 12 - Índices *Kappa* entre pesquisadora e juíza com relação à categorização das falas de terapeutas e clientes nas sessões sorteadas para o cálculo de concordância.**

Sessão	C ou T	<i>Kappa</i>
3	C1	0,81
3	T1	0,71
10	C2	0,81
10	T2	0,66
2	C3	0,74
2	T3	0,67

Índices *Kappa* que vão de 0,61 a 0,80 são considerados substanciais e índices *Kappa* de 0,81 a 1 são considerados excelentes. É possível observar na Tabela 12 índices *Kappa* substanciais para T1, T2, T3 e C3. Para C1 e C2 os índices *Kappa* podem ser considerados excelentes.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. Resultados Gerais

Nesta seção serão apresentados os dados de 23 sessões de terapia, sendo nove da díade de participantes T1 e C1, cinco da tríade T2a, T2b e C2 e nove da díade T3 e C3. No total tiveram 8940 falas de cliente e 8945 falas de terapeuta, e foram categorizadas 3283 falas de cliente e 3364

de terapeuta. A Tabela 13 apresenta as frequências absolutas e os percentuais do total de falas nas sessões e falas categorizadas por participante, assim como no total das sessões.

**Tabela 13 - Frequência absoluta e percentual de total de falas nas sessões e de falas categorizadas totais e por participante.**

	C1	T1	C2	T2a	T2b	C3	T3	Total de Cliente	Total de Terapeuta	Total
Total de falas nas sessões	3226	3228	2368	1260	1096	3346	3349	8940	8945	17885
Falas categorizadas	1238	1238	764	469	371	1281	1280	3283	3364	6647
%	38,4	38,4	32,3	37,3	33,9	38,3	38,2	36,7	37,6	37,2

Na Tabela 13 é possível observar que os percentuais de falas categorizadas para as participantes C1, C2 e C3, variaram entre 32,3 e 38,4% do total de falas por cliente. Para T1, T2a, T2b e T3, os percentuais de falas categorizadas variaram entre 33,9 e 38,4% do total de falas por terapeuta. Os percentuais de falas categorizadas das participantes foram semelhantes, sendo que o percentual do total de falas de terapeutas categorizadas foi 36,7% e o percentual do total de falas de clientes foi 37,6%. Este resultado indica que uma sessão que é avaliada de forma molar como aversiva é composta de pouco mais de um terço de interações em que o terapeuta experimentou sentimentos negativos. Oliveira e Vandenberghe (2009), com base em Kiesler (1988, apud Oliveira & Vandenberghe, 2009), sugerem que o repertório problema de uma pessoa é restrito a uma parcela, considerada pequena, do total de comportamentos que podem ser emitidos. Mesmo assim, essa parcela do comportamento afetaria fortemente os sentimentos experimentados por outros que interagem com esta pessoa, incluindo terapeutas.

O número um pouco maior de falas categorizadas de terapeuta do que de clientes se deu porque alguns critérios das categorias de comportamento da cliente C2 correspondiam a comportamentos não vocais e, portanto, não tinham correspondência com suas falas. Quando distribuídas por sessão, as falas categorizadas de cliente e terapeuta variaram de 27 a 51%, sem tendências claras.

A Figura 1 apresenta os percentuais das categorias de comportamentos de clientes de C, C2 e C3.

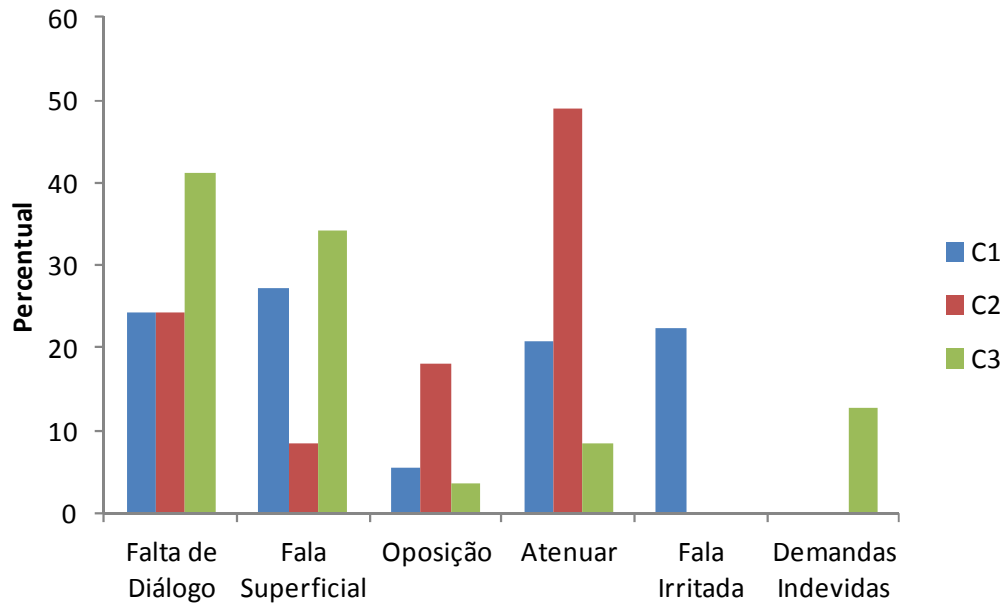


Figura 1 - Percentuais de categorias de comportamento de cliente no total das sessões categorizadas de C1, C2 e C3.

A Figura 1 indica que nos três casos, quatro categorias de comportamentos, que dificultavam o andamento da terapia, foram recorrentes: *Falta de Diálogo*, *Fala Superficial*, *Atenuar* e *Oposição*. É interessante notar que o comportamento mais ostensivamente difícil - o de *Oposição* - teve baixo percentual de ocorrência para duas das três clientes (C1 e C3). *Fala Irritada* e *Demandas Indevidas* foram problemas idiossincráticos de C1 e C3, respectivamente.

A Figura 2 apresenta os percentuais de categorias de comportamentos de cliente e de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas. Ao comparar as duas dimensões analisadas - percentual de ocorrência da categoria e duração da categoria (percentual de palavras) -, é possível observar que para as três clientes que participaram do presente estudo, os percentuais de categorias e de palavras seguem padrões semelhantes entre si.

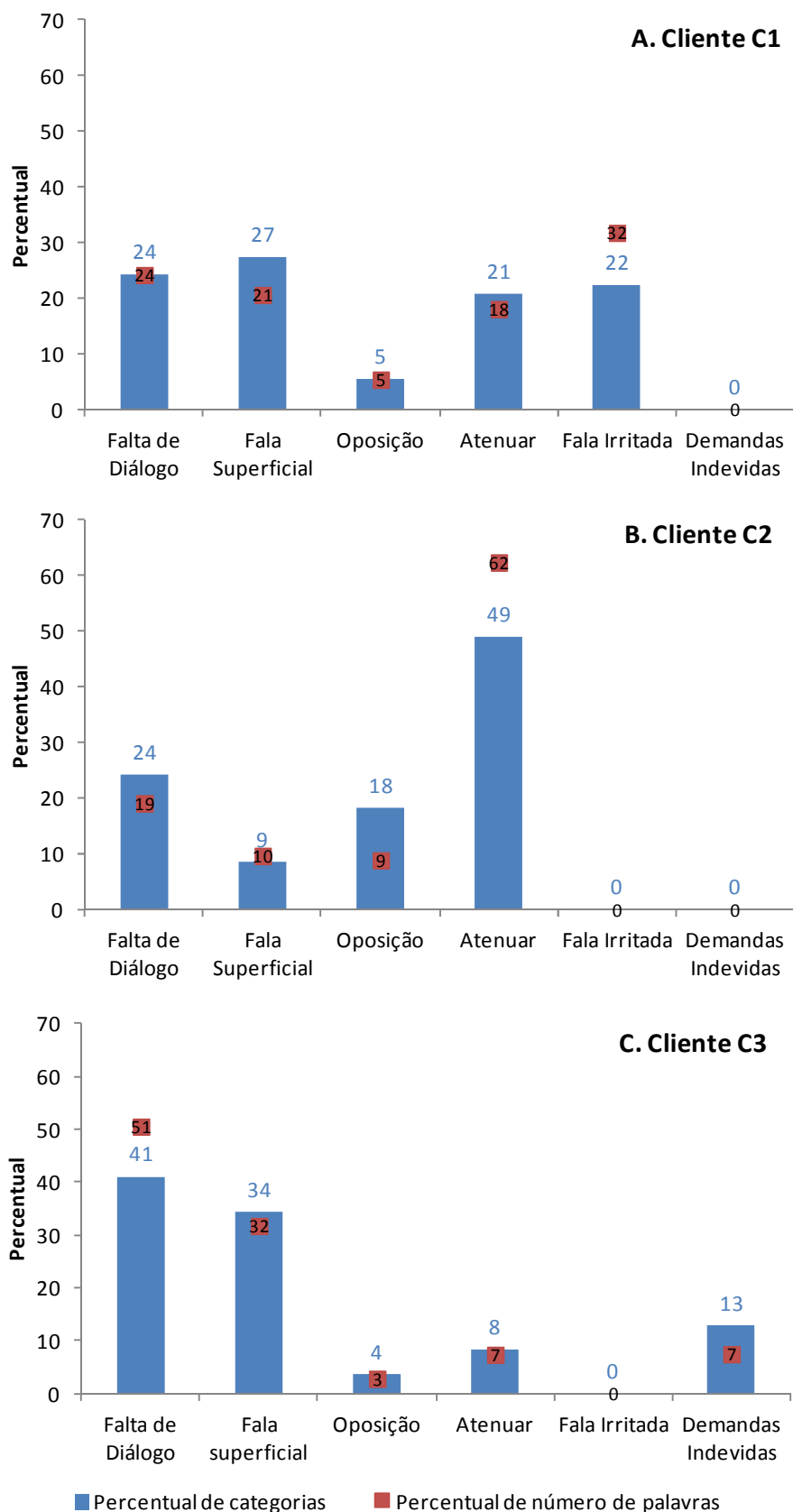


Figura 2. Percentual de categorias de comportamentos de cliente e percentual de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas. Na Figura 2A são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de C1 no total das nove sessões analisadas. Na Figura 2B são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de C2 no total das cinco sessões analisadas. Na Figura 2C são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de C3 no total das nove sessões analisadas.

Na Figura 2A, em que são apresentados os percentuais de categorias de comportamento de C1, é possível observar que não existe uma categoria de comportamento que predomine sobre as outras, sendo as categorias de *Fala Superficial*, *Falta de Diálogo*, *Fala Irritada* e *Atenuar* as mais altas. Estas categorias ficam entre 22 e 27% das categorias de cliente nas nove sessões analisadas. A participante C1 não apresenta a categoria *Demanda Indevida* e *Oposição* ocorre por volta de 5% das categorias nas nove sessões analisadas.

É relevante ressaltar também que a categoria *Fala Irritada*, apesar de ser um comportamento que elicia sentimentos negativos na terapeuta, é considerado um comportamento de melhora. A terapeuta, após analisar em supervisão os sentimentos negativos eliciados quando este comportamento aparecia, pode trabalhar questões bastante importantes com a cliente, uma vez que pôde perceber que a cliente não se esquivava de tratar de assuntos difíceis quando estava irritada. A expressão de irritação foi considerada também um indicativo de que havia uma boa relação terapêutica estabelecida entre elas, uma vez que a cliente emitiu para a terapeuta um comportamento que já havia sido bastante punido anteriormente, podendo ser reforçado pela terapeuta, o que está de acordo com o conceito de intimidade de Cordova e Scott (2001).

Quanto às categorias de comportamento de C2, na Figura 2B, observa-se que a categoria *Atenuar* é a mais alta, estando por volta de 50% das categorias de cliente nas cinco sessões analisadas. Esta categoria para C2 é caracterizada por comportamentos considerados pelas terapeutas como de apatia, falta de energia, além de contenção de sentimentos. A prevalência desta categoria parece estar de acordo com a queixa inicial da cliente, que procurou terapia, encaminhada pelo psiquiatra com o diagnóstico de distímia. Além disso, a pouca energia ou contenção da expressão de sentimentos pode ser explicada por dados de sua história de vida. A cliente teve seus sentimentos e necessidades invalidados pelos familiares durante sua infância e adolescência. Com o tempo, aprendeu que ao “surtar”, ou seja, gritar e chorar com os pais, fazia com que algumas demandas fossem retiradas e algumas necessidades fossem atendidas por eles. A mesma coisa acontecia se ela ficasse “emburrada” em um canto. No entanto, esse padrão de comportamento também trouxe prejuízos a ela, que se arrependia de ter magoado algumas pessoas. Aprendeu a controlar os “surto” ao conter ainda mais seus sentimentos.

Após uma análise de como a cliente tentava resolver os problemas, mas acabava não deixando claro sua insatisfação para o outro, e conseqüentemente, não os resolvendo, segue o seguinte diálogo:

*C2: Assim, é o que eu falei, eu não to, assim, eu não me sinto no momento de falar o que eu estou sentindo.*

*T2b: Você acha que você vai exagerar?*



C2: *É, vou, vou exagerar, vou passar além do que na verdade.*

T2b: *Então, mas se você não se incomoda com o que a pessoa vai pensar.*

T2a: *É, mas ela vai se expor.*

C2: *É, então, mas, além de eu me expor...*

T2b: *Deixa ela falar. (risos)*

C2: *Eu vou, eu vou acabar, eu vou acabar trazendo consequências pra mim mesma, cê entendeu?*

Essa dificuldade da cliente expressar seus sentimentos é em algum momento do processo terapêutico analisado como acontecendo também em terapia. Diferentemente de C1 que passou a expressar sentimentos negativos em sessão, como demonstrado pelo alto percentual de *Fala Irritada*, para esta cliente, C2 apresenta expressão de sentimentos de modo mais intenso em pouquíssimos momentos do processo terapêutico.

Ainda, quando as terapeutas tentavam puxar a conversa para temas mais íntimos, C2 se esquivava, não aprofundando nos temas, o que dava às terapeutas a sensação de superficialidade às sessões. Contrariamente a quatro dos sete questionários respondidos por T2b, em que a terapeuta relatou que a cliente apresentava falas superficiais, a categoria *Fala Superficial* corresponde nas cinco sessões analisadas a apenas 8% das categorias de comportamento da cliente. Isso porque a superficialidade das sessões devia-se, na verdade, aos comportamentos de *Falta de Diálogo* e à *Oposição*, que impediam que temas e análises mais profundos acontecessem, constituindo-se como comportamentos de esquivas da cliente. Assim, *Falta de Diálogo* e *Oposição* corresponderam a, respectivamente, 24 e 18% nas cinco sessões analisadas. A fala superficial como entendida pelas terapeutas, não correspondia, portanto, a descrição da categoria *Fala Superficial*.

Na Figura 2C, verifica-se que as categorias de comportamento de C3 mais altas são *Falta de Diálogo* e *Fala Superficial*, correspondendo a 41 e 34% das categorias de cliente, respectivamente, nas nove sessões analisadas. *Demandas Indevidas*, *Atenuar* e *Oposição* ficam entre 3 e 13% das categorias de cliente nas nove sessões analisadas.

Conforme a formulação do caso da cliente, C3 tinha dificuldade de falar sobre assuntos mais íntimos, o que é demonstrado pelo alto percentual de *Falta de Diálogo* e *Fala Superficial*. No entanto, a cliente provavelmente se sentia insatisfeita com isso e acabava por demandar da terapeuta respostas para suas problemáticas. Além disso, tentava se aproximar da terapeuta de forma que causava a esta desconforto por ser além de um contato mais profissional. Oferecia, assim, presentes e conselhos, e fazia convites para tomar um café. O seguinte trecho da sessão exemplifica o critério k (ofertas de presentes ou conselhos) de *Demandas Indevidas*:

C3: *Mas eu trabalhei sete anos lá.*

T3: *Uhum.*

C3: *E depois eu trabalhei com esse médico né.*

T3: *Com o livrinho.*

C3: *Com o livro de remédio. Depois eu vou trazer um pra você.*

T3: *Ah tá.*

C3: *Você toma remédio?*

T3: *Não*

C3: *Toma anticoncepcional?*

T3: *Só.*

C3: *É. Precisa tomar cuidado.*

Este trecho mostra o padrão de comportamento da cliente de se aproximar das pessoas pelo cuidado, um dos poucos repertórios que a cliente possuía para relacionamentos interpessoais, o que ela também tentou fazer com a terapeuta.

A Figura 3 apresenta os percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta no SMCCIT (Zamignani, 2007) e de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas. Ao comparar as duas dimensões analisadas de percentual de ocorrência e de duração da categoria, foi possível observar diferenças acentuadas entre elas para algumas categorias. Para T1, T2<sup>4</sup> e T3 a categoria de *Facilitação* apresentou um percentual de ocorrência da categoria muito maior do que o percentual de palavras, indicador de duração da categoria. Para T1, o percentual de ocorrência de *Facilitação* foi de 34%, enquanto que o percentual de palavras foi de 6%. Para T2, o percentual de ocorrência foi de 23%, enquanto que o percentual de palavras foi de 2%. E para T3, o percentual de ocorrência foi de 50%, enquanto o percentual de palavras foi de 12%. Esses percentuais estão de acordo com a afirmação de Zamignani (2007) sobre a necessidade de se utilizar as duas dimensões, ocorrência e número de palavras, para que se evite uma supervalorização de categorias como a de *Facilitação* que possuem verbalizações mínimas e, portanto, curta duração.

Em contraposição, a categoria *Interpretação*, habitualmente, possui longos segmentos de verbalização, como encontrado por Oshiro (2011) e Sadi (2011), em que o percentual de duração das categorias é maior que o de ocorrência. No presente estudo, para T1, T2 e T3, os percentuais de ocorrência de *Interpretação* foram de 5, 10 e 2%, respectivamente, enquanto que os percentuais de palavras foram 16% para T1, 27% para T2, e 8% para T3. Ainda para T3, as categorias *Informação* e *Solicitação de Relato* também apresentaram diferenças acentuadas quanto às dimensões analisadas. Para *Informação*, o percentual de ocorrência foi de 4%, enquanto o percentual de palavras foi de 10%. Para *Solicitação de Relato*, o percentual de ocorrência foi de 13%, enquanto o percentual de palavras foi de 28%.

---

<sup>4</sup> Quando os dados de T2a e T2b forem apresentados juntos, será feita referência a eles como de apenas T2.

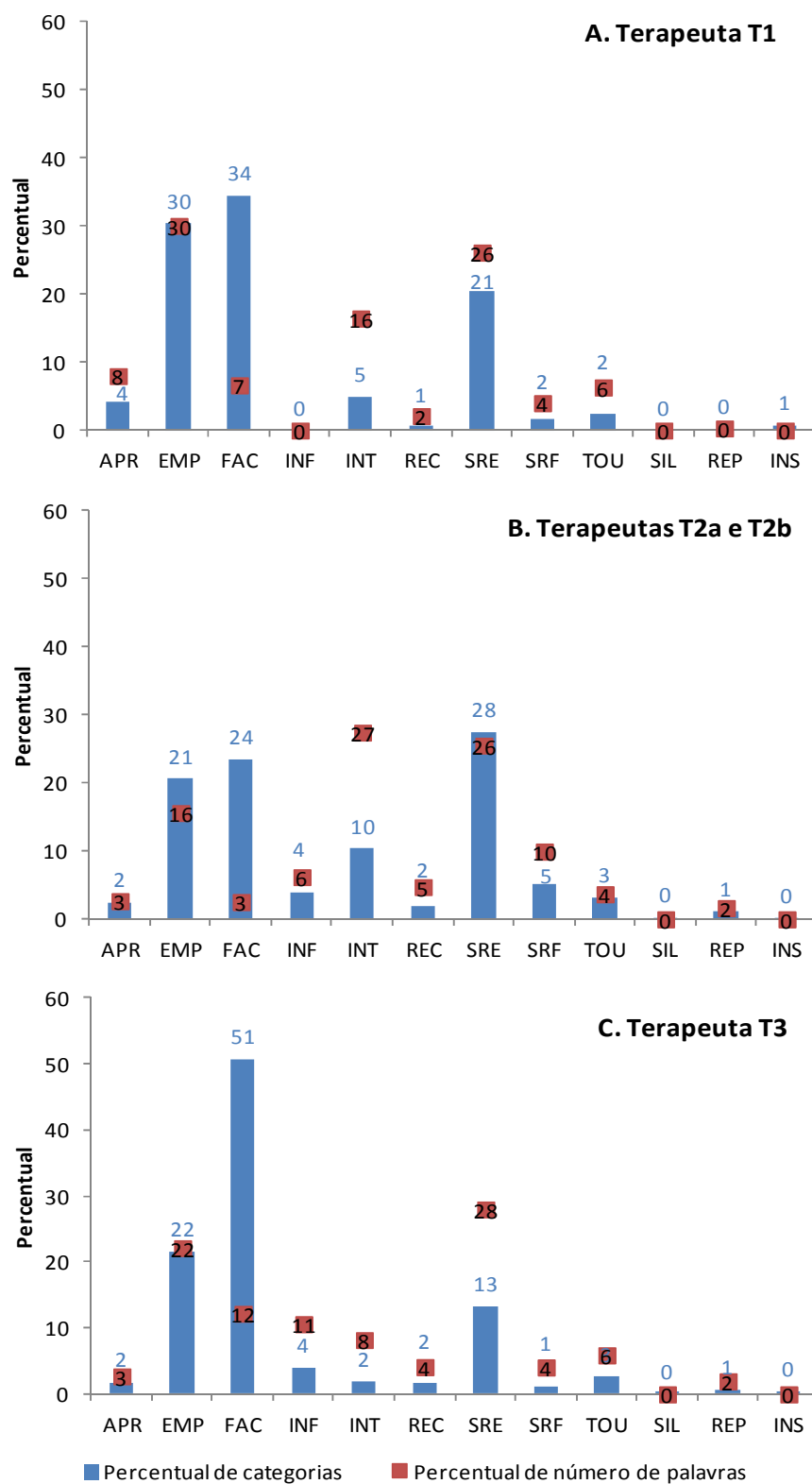


Figura 3. Percentual de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de palavras contidas nestas categorias no total das sessões analisadas. Na Figura 3A são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de T1 no total das nove sessões analisadas. Na Figura 3B são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de T2a e T2b juntas no total das cinco sessões analisadas. Na Figura 3C são apresentados os percentuais de categorias de comportamento e de palavras de T3 no total das nove sessões analisadas. Legenda: APR, *Aprovação*; EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; INF, *Informação*; INT, *Interpretação*; REC, *Recomendação*; SRE, *Solicitação de Relato*; SRF, *Solicitação de Reflexão*; TOU, *Outros*; REP, *Reprovação*; INS, *Insuficiente*.

Ainda na Figura 3, é possível observar que para T1, T2 e T3, as categorias de terapeuta predominantes são *Facilitação*, *Empatia* e *Solicitação de Relato*. Para T1 (Figura 3A), a categoria mais alta é *Facilitação* com 34% de ocorrência, logo seguida pela categoria *Empatia*, com 30% e *Solicitação de Relato*, com 20%. Para T2 (Figura 3B), a categoria *Solicitação de Relato* possui o maior percentual, 27%, seguido pelas categorias *Facilitação*, com 23% de ocorrência e *Empatia*, com 20%. Para T3 (Figura 3C), a categoria *Facilitação* é muito mais alta que as demais, com 50%, seguida por *Empatia*, com 21% e *Solicitação de Relato*, com 13% de ocorrência.

Uma comparação dos dados obtidos com os de Oshiro (2011), Sadi (2011) e Meyer (2009a) é apresentada na Figura 4.

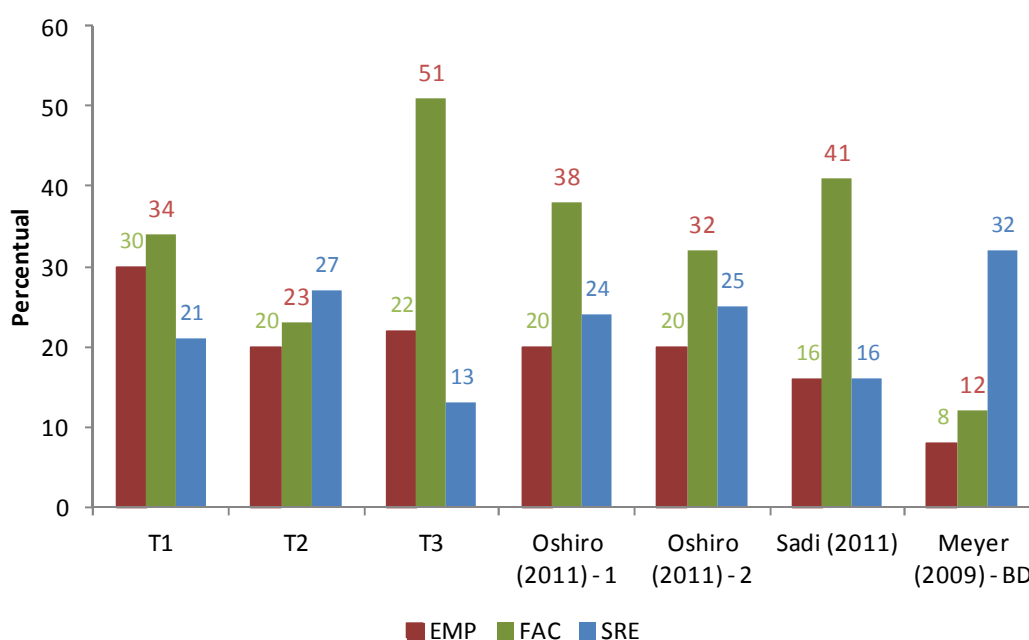


Figura 4 - Percentuais das categorias de *Empatia*, *Facilitação* e *Solicitação de Relato* para as participantes T1, T2 e T3 do presente estudo e dos dois casos (1 e 2) de Oshiro (2011), de um caso de Sadi (2011) e do Banco de Dados (BD) de Meyer (2009a). Legenda: EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; SRE, *Solicitação de Relato*.

Os resultados encontrados para T1, T2 e T3 (Figura 4) estão de acordo com os de Oshiro (2011) e Sadi (2011) que encontraram uma prevalência das categorias *Solicitação de Relato*, *Facilitação* e *Empatia* na análise de sessões de terapia com clientes considerados difíceis. O estudo de Oshiro (2011) teve como objetivo estudar a introdução e retirada de intervenções FAP sobre comportamentos de clientes que dificultavam o andamento da terapia. Esses comportamentos se assemelhavam aos comportamentos estudados no presente estudo e foram: verborragia, falta de correspondência com a fala do terapeuta, fala superficial e agressões verbais.

Para um cliente, Oshiro (2011) obteve 24% de *Solicitação de Relato*, 38% de *Facilitação* e 20% de *Empatia*. Para o segundo cliente, obteve 25% de *Solicitação de Relato*, 32% de *Facilitação*

e 20% de *Empatia* (Figura 4). As demais categorias obtiveram porcentagens abaixo de 10%, sendo as mais altas *Solicitação de Reflexão* e *Interpretação*. Ambos os clientes tinham um diagnóstico psiquiátrico. A primeira cliente apresentava Transtorno de Personalidade *Borderline* e o segundo cliente, embora o terapeuta que o atendeu só tenha recebido esta informação após a coleta de dados, havia recebido o diagnóstico de esquizofrenia na adolescência.

O estudo de Sadi (2011) tinha como objetivo identificar as variáveis que estavam relacionadas ao abandono da terapia de um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Observa-se novamente a presença de um diagnóstico psiquiátrico para o cliente participante da pesquisa em questão. Sadi (2011) encontrou para este cliente um percentual de 16% para *Solicitação de Relato*, 41% para *Facilitação* e 16% para *Empatia* (Figura 4). As demais categorias se encontram abaixo dos 10%.

Meyer (2009a) agrupou 629 sessões de 17 pesquisas brasileiras de terapias analítico-comportamentais. *Solicitação de Relato*<sup>5</sup> estava entre as categorias com maior percentual, com média de 32% (Figura 4), sendo que em oito das 17 pesquisas analisadas, *Solicitação de Relato* era a categoria com maior percentual em relação às demais. Este dado está de acordo com o presente estudo e os de Oshiro (2011) e Sadi (2011).

No entanto, como observado na Figura 4, *Facilitação* e *Empatia* correspondiam a apenas 12 e 8%, respectivamente (Meyer, 2009a), abaixo do encontrado no presente estudo e nos estudos de Oshiro (2011) e Sadi (2011). As autoras (Oshiro, 2011; Sadi, 2011) relacionaram os altos percentuais de *Facilitação* e *Empatia* aos tipos de clientes atendidos: clientes difíceis, com diagnósticos psiquiátricos, principalmente Transtorno de Personalidade. Oshiro (2011) cita estudos (Castonguay & Beutler, 2006; Linehan, 2010; Rush & Shaw, 1983) em que clientes com Transtorno de Personalidade não respondiam bem a intervenções mais diretivas, como *Aprovação*, *Recomendação* e *Informação*, o que explicaria os baixos percentuais desse tipo de intervenção em contraste aos altos percentuais de *Facilitação* e *Empatia*.

Outros estudos, como de Bishoff e Tracey (1995) e Patterson e Forgatch (1985) que estudaram clientes resistentes ou não colaborativos, focando padrões de comportamento dos clientes ao invés de algum possível diagnóstico, afirmam que intervenções diretivas (como orientar, confrontar, estruturar, solicitar informação de modo diretivo, e interpretar de modo diretivo) aumentam os comportamentos de resistência ou não colaboração dos clientes, enquanto que intervenções não diretivas (reformular, dar suporte, solicitar informação de modo não diretivo, e facilitar), auxiliam a diminuir esses comportamentos.

---

<sup>5</sup> No estudo de Meyer (2009a), as categorias *Solicitação de Relato* e *Solicitação de Reflexão*, nos poucos casos que apareceram separadamente, foram agrupadas e chamadas de *Solicitação de Informação*.

Os comportamentos de cliente examinados por Bishoff e Tracey (1995) e Patterson e Forgatch (1985) se assemelham em alguma medida aos comportamentos avaliados no presente estudo e nos de Oshiro (2011), e são: desafiar, discordar do terapeuta, expressar desesperança, se defender e defender outros, introduzir agenda própria, desviar de assunto, não responder, desqualificar, interromper e atitude negativa.

Oshiro (2011) apresenta como hipótese, e que é aceita por Sadi (2011), para os altos percentuais de *Facilitação* e *Empatia* presentes durante a interação com este tipo de clientela, a tentativa de fazer com que eles aceitassem as intervenções terapêuticas, tais como as interpretações. Muitos estudos (Benetti & Cunha, 2008; Beutler et al., 2002; Bishoff & Tracey, 1995; Cautilli & Connor, 2000; Conte & Brandão, 2001; Hill et al., 2003; Lhullier & Nunes, 2004; Patterson & Forgatch, 1985) enfatizam a necessidade de trabalhar a relação terapêutica, realizando intervenções que beneficiem este aspecto da interação terapêutica, sendo importante para a adesão inicial do cliente à terapia, assim como para situações de conflito ou ruptura da aliança terapêutica. Para tanto, intervenções empáticas e que facilitem o relato do cliente são de grande importância. Entretanto, o terapeuta não deveria focar apenas nessas intervenções, sendo necessário partir para intervenções mais interpretativas a fim de evitar o encerramento precoce da terapia (Benetti & Cunha, 2008; Beutler et al., 2002; Cautilli & Connor, 2000; Conte & Brandão, 2001; Hill et al., 2003; Sadi, 2011; Lhullier & Nunes, 2004).

Sadi (2011) analisa que o maior percentual de *Solicitação de Reflexão* no estudo de Oshiro (2011) que o encontrado em seu estudo, produziu adesão e não abandono do processo terapêutico, diferentemente de sua cliente que abandonou a terapia. No entanto, no presente estudo, T1, que atende C1 até o presente momento, ao contrário das outras díades/tríades (T2a, T2b e C2 / T3 e C3), apresentou percentual de *Solicitação de Reflexão* até mais baixo que o de Sadi (2011). No estudo de Sadi, *Solicitação de Reflexão* representava 2,5% das categorias de terapeuta, no de Oshiro (2011), 9%, e no presente estudo, para T1, 1,5%. Para T2, um caso em que a cliente abandonou a terapia, *Solicitação de Reflexão* é mais alto, representando 5% das categorias de terapeuta. Já T3 apresenta percentual baixo de *Solicitação de Reflexão* (1%), dado semelhantes à Sadi (2011), sendo também um caso interrompido, embora pela terapeuta.

Para entender melhor que tipos de intervenções levaram a melhores ou piores resultados, serão apresentados mais para frente os percentuais de categorias de comportamento do terapeuta no decorrer das sessões analisadas, para observar de que maneira intervenções acima mencionadas se distribuem nas sessões.

Vale, entretanto, antes entender as diferenças e semelhanças das ações de T2a e T2b separadamente. Na Figura 4 são apresentados os percentuais de ocorrência das categorias de comportamento das terapeutas de C2, divididos entre os apresentados por T2a e T2b.

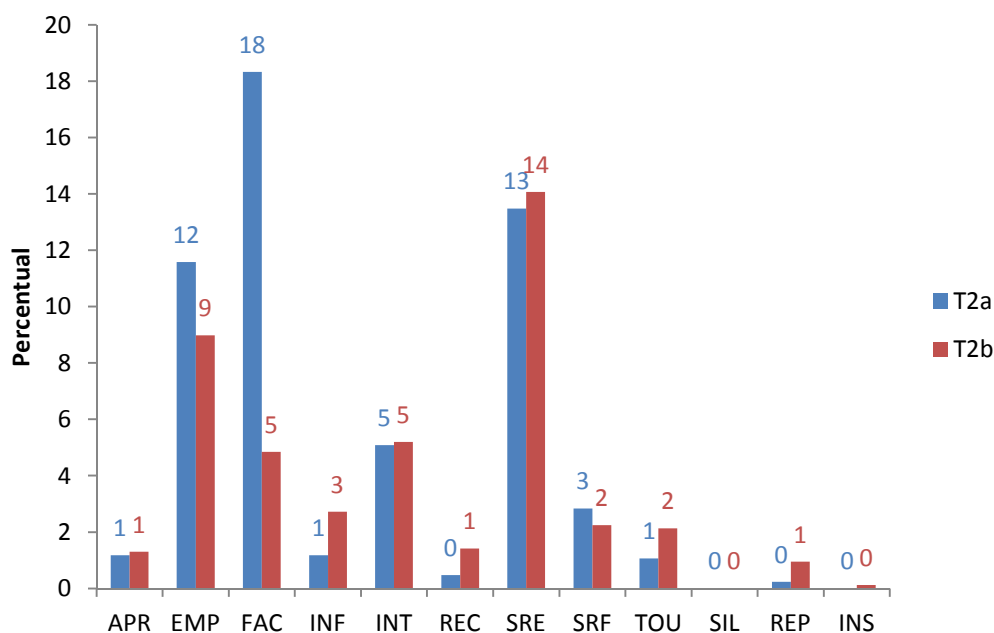


Figura 5. Divisão dos percentuais de categorias de comportamento de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica entre T2a e T2b nas cinco sessões analisadas. Legenda: APR, *Aprovação*; EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; INF, *Informação*; INT, *Interpretação*; REC, *Recomendação*; SRE, *Solicitação de Relato*; SRF, *Solicitação de Reflexão*; TOU, *Outros*; REP, *Reprovação*; INS, *Insuficiente*.

É possível observar na Figura 5 que os percentuais de ocorrência da categoria *Facilitação* são bastante diferentes para T2a e T2b. Na Figura 3B, as categorias *Solicitação de Relato*, *Facilitação* e *Empatia* são as categorias com percentuais mais altos para essas terapeutas juntas. Quando separados os dados de T2a e T2b, é possível observar que para *Solicitação de Relato* o percentual é semelhante entre as duas terapeutas, mas para *Empatia* e especialmente *Facilitação*, a diferença se torna acentuada. Para T2a, o percentual de *Facilitação* é de 18%, enquanto que para T2b é de 5%. Ainda é possível observar que T2b apresenta maior percentual de *Recomendação*, *Reprovação*, *Informação* e *Outros* que T2a, enquanto esta apresenta mais *Empatia* e, como dito anteriormente, *Facilitação*.

É interessante observar padrões diferentes de responder das terapeutas para a mesma cliente, e na mesma situação. Nota-se que T2b apresenta intervenções na direção oposta das indicadas pelos estudos acima citados (Bishoff & Tracey, 1995; Oshiro, 2011; Patterson & Forgatch, 1985; Sadi, 2011), emitindo maior percentual de *Recomendação*, *Reprovação*, *Informação* e *Outros* do que a T2a, além de percentual semelhante ao que foi observado por Meyer (2009a) para *Empatia*, correspondendo a 9% (ver Figura 4). No entanto, apresenta percentuais ainda mais baixos que o de Meyer (2009a) e, logo, mais baixos que Oshiro (2011) e Sadi (2011), para *Solicitação de Relato* e *Facilitação*, sendo, respectivamente, 14% e 9%.

Este é um caso em que a cliente encerrou prematuramente o tratamento, seguindo os critérios de abandono de terapia apresentados por Benetti e Cunha (2008), em que não importando o motivo do encerramento, o caso é considerado abandono se o terapeuta ainda tinha como meta levar adiante a terapia. Cabe, portanto, entender melhor as intervenções realizadas com esta cliente pelas terapeutas durante as sessões analisadas que acabaram levando ao abandono da terapia pela C2. Já se sabe que as intervenções de T2b vão de encontro ao sugerido pela literatura (Bishoff & Tracey, 1995; Oshiro, 2011; Patterson & Forgatch, 1985; Sadi, 2011), no entanto, T2a apresenta intervenções menos diretivas. Como entender que os três casos apresentam percentuais de *Empatia* e *Facilitação* de acordo com o indicado na literatura, mas apresentam desfechos diferentes, sendo que o caso de C1 continua em atendimento até hoje, o C2 abandonou a terapia e C3 teve seu caso encerrado, embora por encerramento da terapeuta e não da cliente?

Uma possível causa para o abandono da terapia por C2, pode ter sido justamente a discrepância entre as intervenções de T2a e T2b frente aos comportamentos da cliente. As intervenções de T3 já apresentam algum grau de similaridade com as encontradas por Sadi (2011). Tanto T3 como Sadi (2011) apresentam altíssimos percentuais de *Facilitação* e baixíssimos percentuais de *Solicitação de Reflexão*, sendo que ambos os casos podem ser considerados mal sucedidos. C3 pode ser considerado um caso mal sucedido, exatamente por isso, o que pode estar apontando para a possibilidade de pouca mudança no comportamento da cliente, uma vez que categorias mais interventivas foram pouco emitidas pela terapeuta.

### **3.2. Distribuição das categorias de cliente por sessão categorizada**

Além das questões levantadas até aqui que envolvem a continuidade ou abandono das terapias, é importante considerar também o percentual de ocorrência dos comportamentos de cliente que eliciam sentimentos negativos no terapeuta no decorrer das sessões categorizadas, a fim de avaliar, mesmo que indiretamente, a eficácia das intervenções terapêuticas. Pressupõe-se que na medida em que as terapeutas são capazes de responder adequadamente aos comportamentos de suas clientes, estes comportamentos diminuem de frequência no decorrer do tempo. Para que a mudança do cliente aconteça no contexto terapêutico, o terapeuta deve se comportar de maneira diferente das pessoas do convívio do cliente, emitindo consequências diferenciadas e modelando repertórios alternativos que auxiliem na resolução da problemática pela qual o cliente veio buscar ajuda (Banaco, 1993, 1997; Falcone & Azevedo, 2004; Follette et al., 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001; Meyer & Vermes, 2001).

Deste modo, as Figuras 6, 8 e 10 apresentam os percentuais das categorias de comportamentos das clientes que participaram deste estudo, por sessão analisada.



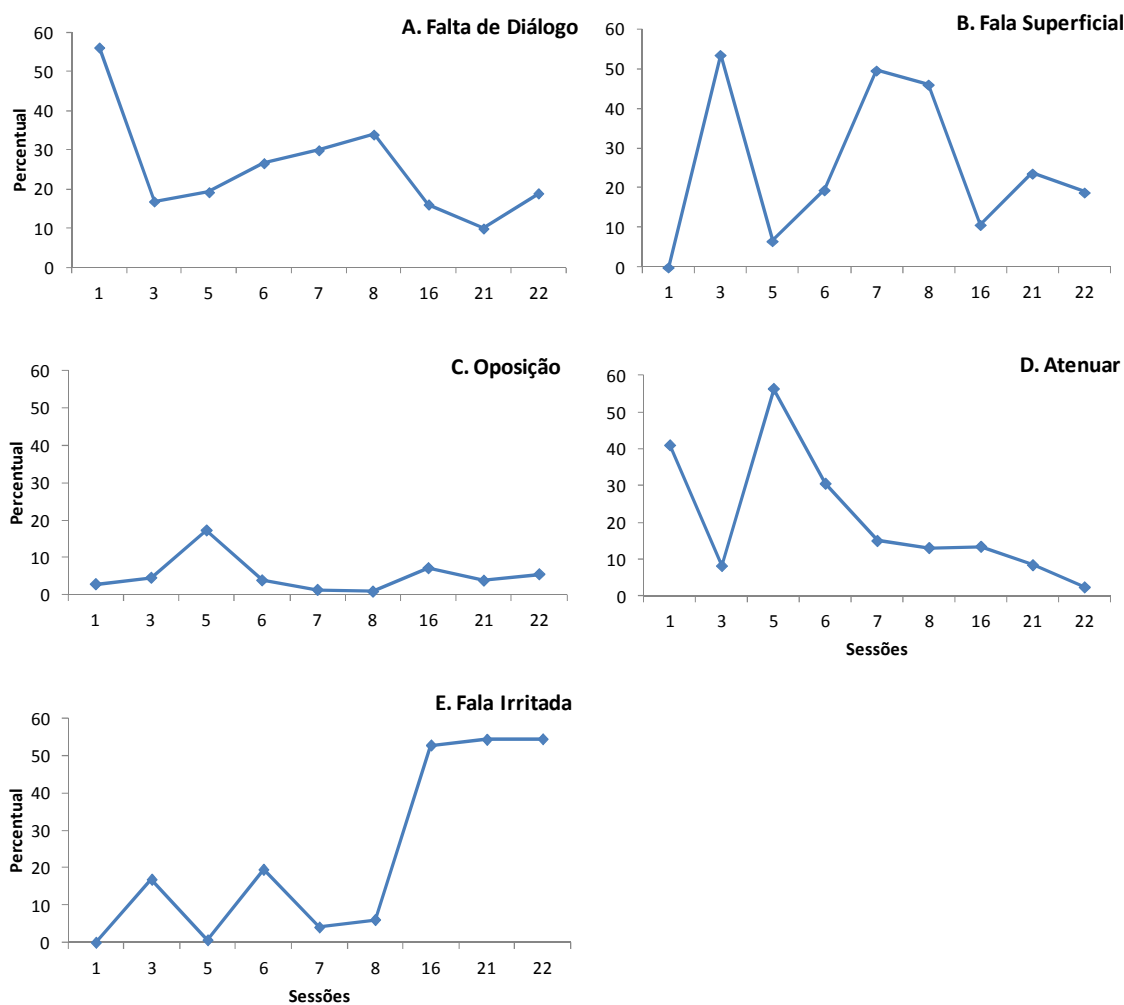


Figura 6. Percentuais de categorias de comportamento de C1 no decorrer das nove sessões analisadas. É apresentado cada comportamento emitido por C1 e que eliciou sentimentos negativos em T1, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 6A), *Fala Superficial* (Figura 6B), *Oposição* (Figura 6C), *Atenuar* (Figura 6D) e *Fala Irritada* (Figura 6E).

A Figura 6 apresenta as categorias de comportamento de C1 por sessão analisada. É possível observar uma diminuição dos percentuais de *Falta de Diálogo* (Figura 6A) e *Atenuar* (Figura 6D). Para *Fala Superficial* (Figura 6B) e *Oposição* (Figura 6C) a tendência não é clara. *Fala Superficial* (Figura 6B) tem uma oscilação bastante grande até a sessão 16. Os percentuais nas sessões 3, 7 e 8 representam cerca de 50% das categorias de comportamento da cliente nessas sessões, enquanto que nas sessões 1, 5 e 6 ficam entre zero e 20%. A partir da sessão 16 essa oscilação diminui, e *Fala Superficial* passa a ficar na faixa de 10 e 24%.

Até a sessão 8, *Fala Superficial* (Figura 6B) parece se contrapor ao padrão da curva de percentual do comportamento de C1 de *Atenuar* (Figura 6D). Assim, quando os percentuais de *Fala Superficial* se elevam, os de *Atenuar* diminuem (sessões 3, 7 e 8), sendo também verdadeira a relação contrária, quando os percentuais de *Fala Superficial* diminuem, os de *Atenuar* aumentam (sessões 1 e 5). Este dado parece coerente, na medida em que em ambas as categorias demonstram a

dificuldade da cliente em tratar de assuntos difíceis, tendo na sua fala alguns componentes de esquiva. Na *Fala Superficial*, C1 não estaria tratando de assuntos relevantes para sua queixa ou, ao falar de assuntos que envolvem sua problemática, foca o relato e as análises em terceiros. Ao *Atenuar*, C1 passa a tratar de assuntos referentes à sua queixa, no entanto, de maneira atenuada, contida, mais indireta.

*Oposição* (Figura 6C) apresenta seu pico na sessão 5 (17%). Nas demais sessões mantêm-se abaixo dos 10%. Este pico de emissão de *Oposição* na sessão 5 coincide também com o pico de percentual da categoria *Atenuar* (56%), indicando possivelmente que ao tratar de assuntos difíceis, acaba emitindo mais *Oposição*. Esta sessão está entre duas sessões em que *Fala Irritada* (Figura 6E) apresenta percentuais um pouco mais altos, podendo indicar uma oscilação entre padrões mais ou menos assertivos de tratar as questões trazidas para terapia. Isso porque, para esta cliente, *Oposição* pode ser considerada mais assertiva que *Fala Irritada*, por ser realizado em tom neutro com uma discordância direta. E *Fala Irritada* é considerada mais assertiva que *Atenuar*, uma vez que a cliente fala sobre suas questões, e expressa claramente seus sentimentos, isto, é não se esquiva de assuntos difíceis.

*Fala Irritada* é ainda a única categoria a aumentar de percentual de maneira bastante acentuada (Figura 6E). Os percentuais desta categoria oscilam entre zero e 20% até a sessão 8, tendo uma grande elevação na 16ª sessão, correspondendo a 53% das categorias de comportamento de cliente nesta sessão. Este dado parece ir de encontro ao esperado de que os percentuais das categorias de comportamento de cliente deveriam diminuir, como indicativo de eficácia das intervenções do terapeuta. No entanto, esta categoria, apesar de eliciar sentimentos negativos em T1 e ser inicialmente considerado um comportamento que dificultava o andamento da sessão, acabou se mostrando, posteriormente, um comportamento de melhora, uma vez que a cliente passava a tratar de assuntos difíceis, sem se esquivar deles. Como dito anteriormente, também demonstrava um vínculo entre terapeuta e cliente melhor estabelecido e, por isso, a terapeuta tinha como objetivo incentivar que este comportamento continuasse acontecendo em sessão.

Na primeira sessão (de número 6) que *Fala Irritada* aparece de maneira mais clara para T1 (na sessão 3, este comportamento tem percentual apenas um pouco abaixo que na sessão 6, mas não é relatado como eliciador de sentimentos negativos), esta avalia a sessão como tendo sido “horrrível”, em que nada do que falasse teria efeito algum, não sabendo o que fazer. Foi analisado, em supervisão, que frente a um grau de irritação elevado da cliente, como de qualquer outra pessoa, nada iria dar certo mesmo. O trecho seguinte da mesma sessão de supervisão mostra a análise feita pela supervisora após o relato de T1.

*Supervisora (S): Não vai dar certo tudo que você faz. Provavelmente você tem que saber que naquele dia você vai ter que contornar. Porque aquilo que tem que ser conversado e analisado vai ter que ficar pra sessão seguinte, pra depois.*

Após esta supervisão, o comportamento de *Fala Irritada* passa a eliciar sentimentos negativos com menor frequência, tanto que T1 só volta a relatar sentimentos negativos para este comportamento na 16ª sessão, quando este comportamento aumenta ainda mais de frequência (Figura 6E), e depois na 21ª sessão, porque a cliente está grávida e T1 temia que ela passasse mal (cliente tem histórico de hipertensão).

Como comportamento de melhora, *Fala Irritada* aumenta de percentual, na medida em que os comportamentos aqui analisados como de esquiva de assuntos difíceis vão diminuindo (*Fala Superficial* e *Atenuar*). Na Figura 6 são apresentados os percentuais da categoria *Fala Irritada* e do agrupamento de categorias “Esquiva” por sessão categorizada.

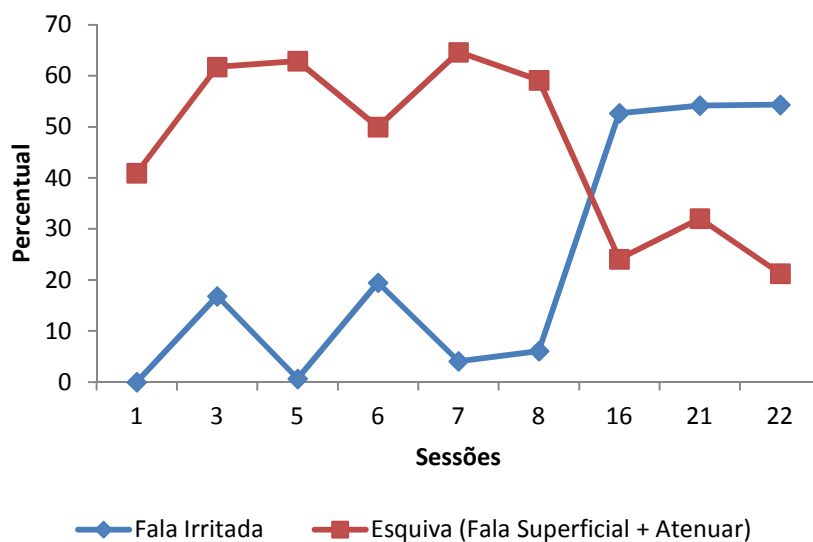


Figura 7 - Percentuais da categoria *Fala Irritada* e do agrupamento de categorias “Esquiva” ao longo das nove sessões categorizadas.

A própria cliente relata na sessão 21 os efeitos benéficos que sente ao emitir este comportamento e analisa as consequências relacionadas:

*C1: É então, mas sabe uma coisa que eu acho legal em relação a isso?*

*T1: Hmmm?*

*C1: Porque na semana passada eu senti isso e agora eu to sentindo isso agora.*

*T1: O que você tá sentindo?*

*C1: Uma sensação de esvaziamento sabe, como se eu tivesse precisando colocar isso, falar falar falar até esvaziar.*

*T1: Uhum. Uhum. Uhum.*

*C1: Entendeu? Então assim, na quarta-feira retrasada eu saí né, aqui com raiva daí cheguei em casa até passei um pouco mal, não sei o que não sei o que lá.*

*T1: É. É.*

*C1: Semana passada e essa semana a sensação que eu tenho de falar dessas coisas, embora sejam chatas...*

*T1: Chatas!*

*C1: Tralalalala, uma sensação de esvaziamento sabe, como se eu tivesse precisando mesmo botar esses bichos para fora mesmo assim sabe.*

*T1: Uhum. Uhum.*

*C1: Então eu tô gostando disso, eu acho que eu vou alugar sua orelha com essas coisas chatas. (risos)*

*T1: Pode alugar!*

*C1: Mesmo que é pra esvaziar mesmo, botar pra fora.*

*T1: E eu acho que você tá certa!*

*C1: Porque eu acho que tem muito tempo ficou muito contido né e eu to achando legal de poder falar, ter um espaço que eu posso falar sabe sem ser julgada, sem ninguém pra me falar você é louca! Não é isso! O que você está pensando?! Sabe?*

*T1: E ver inclusive, descobrir inclusive que é normal sentir isso,*

*C1: Então!*

*T1: Normal né, você precisa de um carimbo dizendo que é normal,*

*C1: É, então.*

*T1: É normal.*

*C1: Normal então, isso que ta me fazendo bem, sabe, de ver que as coisas que eu, que eu sinto, que às vezes eu ficava né assim, meio que me culpando, me punindo lalala, ou achando que eu não devia sentir, porque não é certo, porque não é errado, que dá pra, que o retorno que eu tenho aqui que é normal, as pessoas sentem isso né.*

*T1: Uhum.*

*C1: Que eu não tenho que ficar me culpando por sentir raiva ou por ficar com, sentir ódio, ou sentir sei lá o que né.*

*T1: Uhum. Uhum.*

*C1: Eu só tenho que saber,*

*T1: Sentir medo...*

*C1: Eu só tenho que aprender a administrar isso daí pra não me fazer mal. Né?*

T1: Uhum. E quando não conseguir administrar, não se sentir mal porque nem sempre a gente acerta.

Entender que o comportamento *Fala Irritada* não estava direcionado para a terapeuta e perceber os efeitos benéficos para a cliente, assim, como para o andamento da terapia auxiliou que este comportamento mudasse de função para T1. Até mesmo quando *Fala Irritada* elicia sentimentos negativos na terapeuta nas sessões 21 e 22, não se deve ao fato de T1 considerar esta fala como um ataque, mas por uma preocupação com o bem-estar da cliente. O comportamento deixa de ser um que dificulta o andamento da terapia e ganha, na verdade, o caráter oposto.

A Figura 8 apresenta as categorias de comportamento de C2 por sessão analisada.

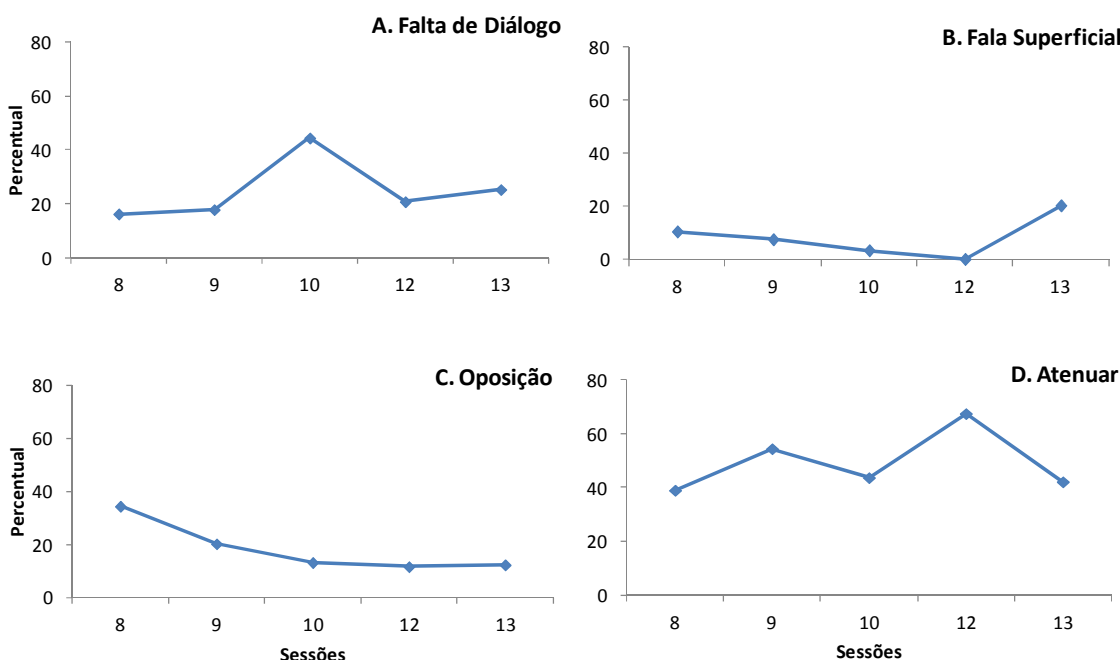


Figura 8. Percentuais de categorias de comportamento de C2 no decorrer das cinco sessões analisadas. É apresentado cada comportamento emitido por C2 e que eliciou sentimentos negativos em T2a e T2b, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 8A), *Fala Superficial* (Figura 8B), *Oposição* (Figura 8C) e *Atenuar* (Figura 8D).

Podemos observar na Figura 8, uma tendência de aumento em três dos quatro comportamentos emitidos por C2 no decorrer das cinco sessões analisadas: *Falta de Diálogo* (Figura 8A), *Fala Superficial* (Figura 8B) e *Atenuar* (Figura 8D). Apenas *Oposição* (Figura 8C) diminuiu em percentual ao longo das cinco sessões analisadas.

O comportamento de *Falta de Diálogo* (Figura 8A) tem seu maior percentual na sessão 10 (44%). Na sessão 12, o percentual deste comportamento cai (21%) e aumenta um pouco na sessão 13 (25%). Apesar desta queda na 12ª sessão, os percentuais ainda são mais altos nesta sessão e na 13ª do que na oitava (16%) e na nona (18%) sessão.

Os percentuais de *Fala Superficial* (Figura 8B) caem da sessão 8 a 12, mas aumentam na 13ª sessão (20%), com percentual maior do que na sessão 8 (10%). Os percentuais de *Atenuar* (Figura 8D) já oscilam um pouco mais, se elevando na nona e 12ª sessão (54 e 67%, respectivamente) e diminuindo nas sessões 8, 10 e 13. Contudo, a 13ª sessão (42%) possui percentual maior que a 8ª (39%). De qualquer maneira, estes percentuais referentes a *Atenuar* são altos e podem ser observadas em todas as sessões analisadas, e que correspondem à apatia e falta de energia características da cliente e relacionadas ao seu diagnóstico de distímia.

Ainda, referente à C2, as terapeutas analisam que recorrentemente a cliente mudava o foco da terapia, sendo muito difícil aprofundar em um tema e entender de fato quais eram as queixas principais a serem trabalhadas. Isso porque os temas trazidos no decorrer de algumas sessões acabavam diferindo muito, pelo menos à primeira vista. Duas categorias foram pensadas, mas não incluídas no estudo pela dificuldade de observá-las sem categorizar todas as sessões. Uma delas seria:

- *Mudar foco da terapia*: em que a cliente traz nova demanda sem relação com a queixa inicial ou com o que estava sendo trabalhado em sessões anteriores, havendo indicação por parte do terapeuta de que aquele é um tema completamente novo para ele.

Um exemplo seria que até a sétima sessão estavam sendo trabalhadas questões relacionadas aos sentimentos de C2, procurando investigar antecedentes e consequentes de situações em que a cliente se sentiu depreciada, invalidada ou criticada por seus pais. Na oitava sessão, C2 relata querer “largar” a profissão e mudar de área. As terapeutas foram surpreendidas por esta nova queixa, pois apesar de C2 ter críticas referentes ao seu emprego e profissão, sempre expressou gostar do que faz.

A partir desta oitava sessão, surge, em supervisão, a análise de que a cliente tinha dificuldade em “entrar em coisas íntimas, porque é tudo superficial”. Além disso, as terapeutas se mostraram incomodadas com a mudança de foco da terapia e ausência de continuidade entre algumas sessões. Como já analisado anteriormente, as terapeutas relatam perceberem certa superficialidade nas sessões. Esta superficialidade é verificada como decorrente justamente dessa mudança de foco, que ocorre dentro de uma sessão e no decorrer do processo com novos temas sendo introduzidos pela cliente.

A mudança de foco dentro de uma sessão pode ser observada pela categoria *Falta de Diálogo*, em que a cliente deixava de responder ou mudava de assunto após ter se engajado por um tempo em um tema relevante. Poucas vezes se observou a cliente falando sobre temas fora da queixa, o que poderia caracterizar *Fala Superficial*. Além disso, a interação com a cliente se tornava difícil no sentido de obter informações e análises mais profundas devido ao seu padrão de comentar ou responder com frases curtas, por vezes monossilábicas, às questões das terapeutas, o que também entra como critério de *Falta de Diálogo*.

De acordo com o que foi dito até agora, *Fala Superficial* (Figura 8B) possui percentuais baixos nas quatro primeiras sessões analisadas (8, 9, 10 e 12), elevando-se na 13ª, ao atingir os 20%. Esta sessão foi marcada por uma novidade, em que a cliente relatou ter pedido demissão e demonstrou muita emoção com as análises feitas pelas terapeutas de como a família a apoiou neste momento, inclusive seu pai, que costumava depreciá-la e se manter muito distante. No entanto, após um tempo, C2 passou a se esquivar dos temas mais íntimos, passando para uma fala mais superficial. Essa sessão mostrou-se diferente do padrão das sessões anteriores.

A Figura 9 apresenta os percentuais das categorias de comportamento *Falta de Diálogo* e *Oposição*. Essas categorias, por envolverem a resposta a um terapeuta específico foram analisadas separadamente para T2a e T2b.

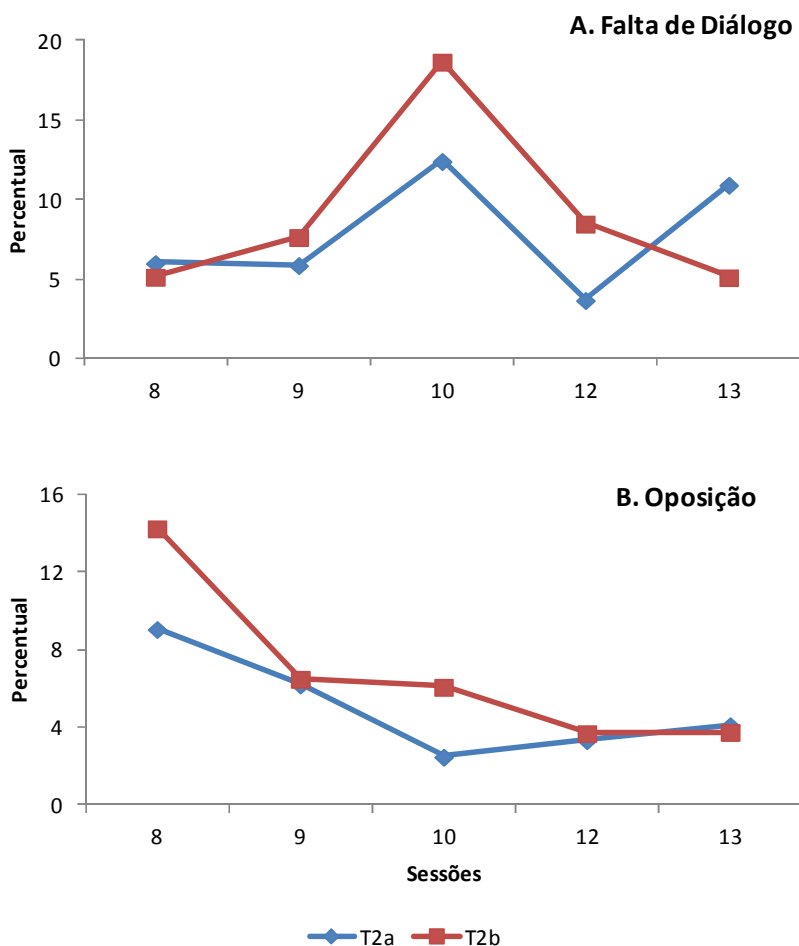


Figura 9. Percentuais das categorias *Falta de Diálogo* (Figura 9A) e *Oposição* (Figura 9B) no decorrer das cinco sessões analisadas para cada uma das terapeutas (T2a e T2b) da tríade terapêutica.

Na sessão 8, os percentuais de *Falta de Diálogo* (Figura 9A) são semelhantes para T2a e T2b. Nas sessões seguintes T2b possui maior percentual desta categoria em relação a T2a, o que se inverte na 13ª sessão, em que T2a obtém 11% de *Falta de Diálogo* e T2b, 5%. O maior percentual

de *Falta de Diálogo* para T2b nas sessões 9, 10 e 12 pode ser decorrente desta terapeuta emitir mais intervenções diretivas, de acordo com o que foi encontrado por Bishoff e Tracey (1995) e Patterson e Forgatch (1985). A inversão na 13ª sessão, em que T2a obtém maiores percentuais de *Falta de Diálogo* que T2b, pode ser explicado, porque a partir da sessão 12, T2a passa a intervir em maior proporção do que T2b. Cabe mais para frente analisar que tipo de intervenções é realizado pelas terapeutas para esse comportamento.

Na Figura 9B, observa-se uma tendência geral do comportamento de *Oposição* diminuir ao longo das sessões para as duas terapeutas, assim como o encontrado para as duas terapeutas juntas (ver Figura 8C). T2a, nas sessões 12 e 13, apresenta leve aumento nos percentuais da categoria *Oposição*, embora se mantenham mais baixos que nas sessões 8 e 9. Uma explicação para isso poderia ser o aumento de intervenções de T2a nestas sessões, em contraposição a T2b, que passa a intervir menos.

Outra categoria de comportamento de cliente omitida no presente estudo foi *Modificar versões de histórias relacionadas à queixa e aos seus sentimentos*. Não foi elaborada uma descrição para essa possível categoria. Apesar de deixar as terapeutas confusas pelas mudanças nas versões das histórias, mostrou-se ser um comportamento de melhora no decorrer do tempo. Isso foi possível por uma melhora de relacionamento com o pai e às análises em sessão quanto ao seu relacionamento com a mãe. O trecho da sessão 12 apresenta uma análise de T2a referente a este ponto:

*T2a: Mas acho que é um, um ponto importante que a gente chegou agora no processo, porque no início havia uma certa. Usar a palavra lá dos psicanalistas: cisão entre o bem e o mal, sendo que o bem era representado pela sua mãe, que era fofa, que te entendia e o mal era o seu pai e tatatal. E a gente vê que não existe essa cisão tão delimitada assim, né. Na verdade, ambos têm uma dinâmica muito peculiar de casal, em que certas coisas são priorizadas, outras coisas são ignoradas e daí você chegou aqui não, não à toa. E que cada um deles tem lá seus problemas também decorrentes da história de cada um. Não é que tenha o mal e o bem. Não é isso. É que não existe bem e mal também do jeito que a gente gostaria que fosse pra ser tudo certinho, né?*

Para serem observadas as mudanças de versões nas histórias seria necessário analisar todas as sessões e isso estava fora do escopo da metodologia deste trabalho. Mas a análise de T2a contida no trecho acima ilustra como a descrição dos pais feita por C2 foi mudando ao longo do processo. Numa mesma sessão percebeu-se alguma contradição por parte de C2, embora também denotasse que a cisão entre bem e mal estava desfeita, podendo a mãe ser enxergada como possuindo defeitos e qualidades.



Este foi um caso de abandono da terapia por parte da cliente, e a elevação (ou tendência de) na maioria dos comportamentos de C2 (*Falta de Diálogo, Fala Superficial e Atenuar*) dão indícios, mesmo que indiretamente, que as intervenções das terapeutas não estavam sendo eficazes para estes comportamentos. Mesmo quando há uma diminuição dos percentuais de *Falta de Diálogo* e *Oposição* para T2b, isso parece ser explicado pela diminuição das intervenções desta, e não numa mudança nos tipos de intervenções analisadas, mas essa hipótese precisa ser explorada.

Patton et al., (1997) estudaram a relação entre mudanças no processo terapêutico e os resultados obtidos pelos clientes. Uma das medidas avaliadas foi a resistência do cliente, utilizando uma escala de resistência elaborada por Schuller, Crits-Christoph e Connolly (1991, apud Patton et al., 1997) e que possui comportamentos muito semelhantes aos estudados aqui. Patton et al. (1997) observaram que, em geral, há um declínio no padrão de crescimento da resistência do cliente, mas que clientes que tiveram um padrão da curva de resistência baixo-alto-baixo, referentes a etapas iniciais, médias e finais da terapia, tiveram melhores resultados. Associada a esta medida, os autores mediram o padrão de desenvolvimento da aliança terapêutica, utilizando o *Inventário de Aliança Terapêutica - Working Alliance Inventory*, desenvolvido por Horvath e Greenberg (1989) -, e encontraram padrão similar, mas oposto: os clientes com padrão de aliança terapêutica alto-baixo-alto possuíam melhores resultados na terapia.

Outros estudos encontraram resultados semelhantes quanto à relação do padrão de desenvolvimento da aliança terapêutica e os resultados da terapia (Golden & Robbins, 1990; Kivlighan & Shaohnessy, 2000), indicando que díades que superam ruptura na aliança, apresentam melhores resultados (Safran et al., 2001). Parece, assim, que na medida em que o terapeuta consegue manejar de maneira eficaz os comportamentos do cliente que dificultam o andamento da terapia, sendo considerados comportamentos de resistência ou situações de conflito ou ruptura da aliança terapêutica, e esses comportamentos diminuem no decorrer do processo, isso leva ao sucesso da terapia (Bischoff & Tracey, 1995; Cautilli & Connor, 2000; Golden & Robbins, 1990; Hill et al., 2003; Kivlighan & Shaohnessy, 2000; Patton et al., 1997; Omer, 1997; Safran et al., 2001; Summers & Barber, 2003).

Para C2, isto não aconteceu. Os comportamentos que eliciavam sentimentos negativos nas terapeutas e dificultavam o andamento da terapia, de uma maneira geral, aumentaram de frequência no decorrer das sessões, havendo, posteriormente, a interrupção prematura da terapia por parte da cliente.

Na Figura 10 são apresentados os percentuais de categorias de comportamento de C3 ao longo das nove sessões analisadas.

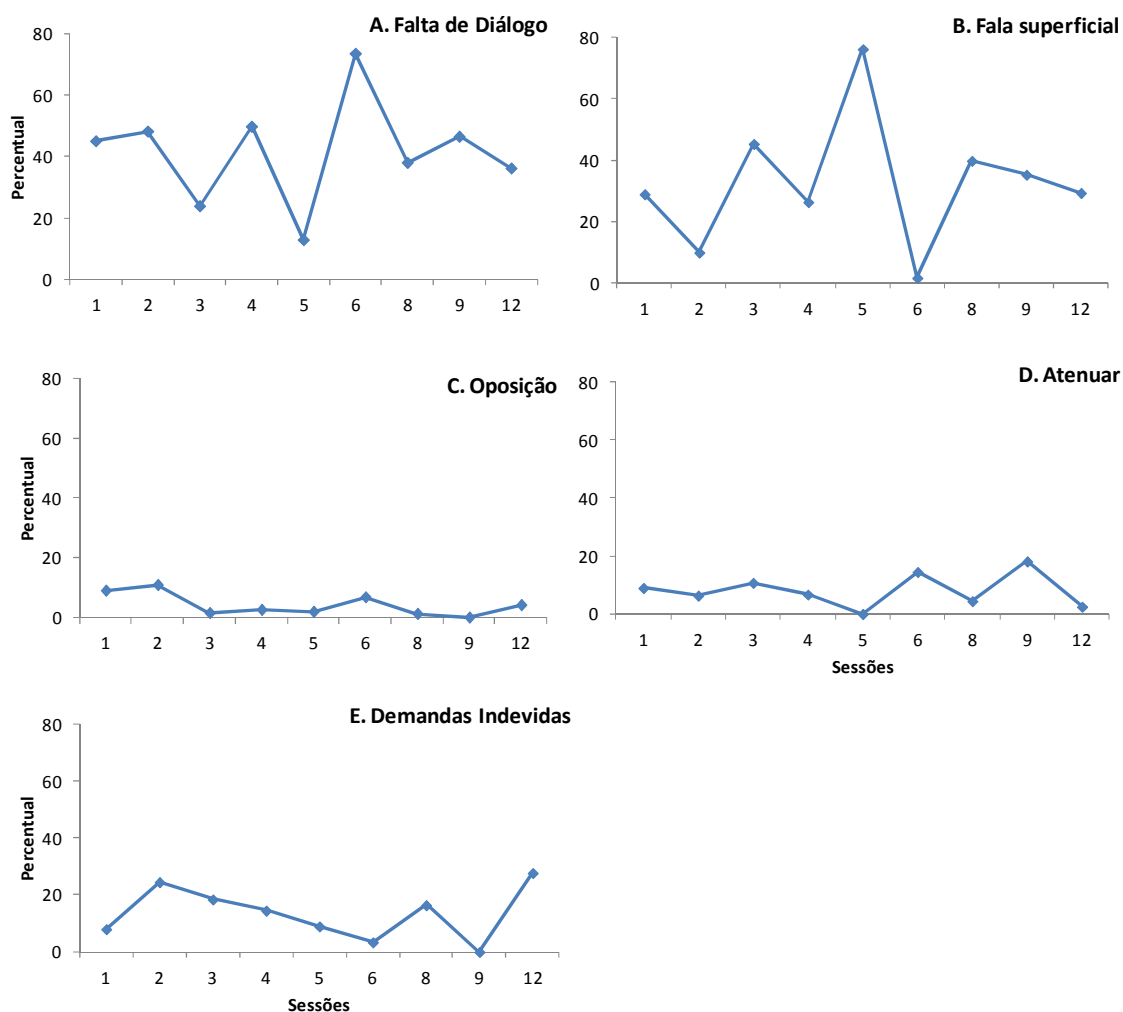


Figura 10. Percentuais de categorias de comportamento de C3 no decorrer das nove sessões analisadas. É apresentado cada comportamento emitido por C3 e que eliciou sentimentos negativos em T3, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 10A), *Fala Superficial* (Figura 10B), *Oposição* (Figura 10C), *Atenuar* (Figura 10D), *Demandas Indevidas* (Figura 10E).

As Figuras 10A e 10B apresentam os percentuais das categorias de comportamento *Falta de Diálogo* e *Fala Superficial* da participante C3. É possível observar para as duas categorias uma grande oscilação dos percentuais até a sessão 6. A partir da sessão 8, os percentuais das duas categorias se estabilizam, em que *Falta de Diálogo* permanece na faixa de 36 e 46% e *Fala Superficial*, na faixa de 29 e 40%.

É interessante observar que até a sessão 6 em que as oscilações nos percentuais de *Falta de Diálogo* e *Fala Superficial* estão presentes, elas apresentam padrões opostos. Na sessão 1, *Falta de Diálogo* e *Fala Superficial* correspondem a 45 e 29%, respectivamente, existindo uma diferença clara, mas a oposição não se mostra tão clara por inspeção visual nas Figuras 10A e 10B. Nas sessões 2, 4 e 6, *Falta de Diálogo* corresponde a 48, 50 e 73%, respectivamente, das categorias de comportamento de cliente, enquanto *Fala Superficial* corresponde a 10, 26 e 2%, respectivamente. Já nas sessões 3 e 5, *Falta de Diálogo* representa 24 e 13%, respectivamente, das categorias de comportamento de cliente, enquanto *Fala Superficial* corresponde a 45 e 76%, respectivamente.

Poderíamos entender que nas sessões que provavelmente C3 estava focando nos assuntos relevantes à sua queixa, ela apresentou mais *Falta de Diálogo*, que para essa cliente é caracterizada principalmente pelos critérios que caracterizam uma fala verborrágica (Oshiro, 2011): (d) - apresentar enorme fluência na fala (não respeita pontuações e fala com velocidade alta, podendo “engolir” sílabas das palavras) -, e (e) possuir falas evasivas, ou seja, com pouco conteúdo/poucas ideias concretas.

Este padrão verborrágico parece acontecer também em seu ambiente natural, em que C3 relatava que o marido reclamava que ela falava muito e, ela mesma, na sexta sessão, descreveu que “fala muito para esquecer os problemas”. Esta análise da cliente indica um provável componente de esquiva neste padrão verborrágico, talvez diferente de *Fala Superficial*, e indicador da presença de sentimentos negativos, que C3 pode estar tentando suprimir.

*Demandas Indevidas* parece também ter dois padrões diferentes no decorrer das sessões (Figura 10E): (1) aumenta da primeira para segunda sessão e depois vai caindo até a sexta sessão; (2) a partir da oitava tem uma elevação, cai na nona e eleva-se na 12<sup>a</sup>. Esta categoria parece cumprir duas funções diferentes. A primeira estaria ligada a uma solicitação por respostas à terapeuta e a segunda uma tentativa de aproximação, sendo a terapeuta uma importante fonte de reforçadores sociais, algo aparentemente bastante escasso em seu ambiente natural.

Quanto à primeira função, observa-se na Figura 3C, de categorias de comportamento de terapeuta de T3, um altíssimo percentual da categoria de terapeuta *Facilitação* (cerca de 50% das categorias de comportamento de terapeuta), seguido de *Empatia*. Rossi (2011), Sturmeijer (1996) e Vermes, Kovac e Zamignani (2007) afirmam que a emissão de determinados comportamentos por parte do terapeuta, nas sessões iniciais, cria o contexto necessário de acolhimento, interesse e compreensão. Estes comportamentos seriam correspondentes às categorias de *Facilitação* e *Empatia*. Em contrapartida, Banaco (1997) e Zamignani (2007) declaram que acolher e compreender sozinhos não são suficientes para conduzir uma boa intervenção. O terapeuta deve demonstrar ainda seu entendimento sobre as relações descritas pelo cliente e mostrar que dispõe dos meios para ajudá-lo. Tais intervenções compreenderiam as categorias de comportamento *Interpretação* e *Informação* (Banaco, 1997; Rossi, 2011; Zamignani, 2007).

As intervenções de T3 vão na direção oposta da sugerida por Banaco (1997) e Zamignani (2007), em que além de apresentar uma alta prevalência de *Facilitação* e *Empatia*, há um baixíssimo percentual de *Interpretação* (2%) e *Informação* (4%). Por sua vez, a participante C3 solicita que a terapeuta diga alguma coisa a respeito das problemáticas discutidas em sessão, com frases como:

- Sessão 2: *Até o fim do semestre você me põe zero quilometro?*
- Sessão 3: *Me dá mais dica então.*

- Sessão 4: *Não sei, fala alguma coisa para mim.*

- Sessão 4: *Eu imagino assim, que sei lá, a gente vai mas vai chegar num ponto que de vez em quando você vai me dar uns toques assim, faz isso, faz aquilo. Não pode ser assim?*

- Sessão 6: *Teria como, fazer alguma coisa que, preciso soltar mais a cabeça disso, não ficar tão preocupada?*

Esses baixos percentuais de *Interpretação* e *Informação*, associados ao alto percentual de *Facilitação* e à presença de solicitações da cliente por respostas ou dicas (categoria *Demanda Indevida*), apontam para uma possível insatisfação da cliente sobre como resolver seus problemas, hipótese que encontra correspondência com as intervenções da terapeuta. No entanto, *Demandas Indevidas* (Figura 10E) apresenta queda até a sexta sessão, o que contraria tal hipótese. Seria interessante analisar as intervenções específicas realizadas em resposta a este comportamento comparando com as intervenções para outros comportamentos da cliente, procurando entender o que produziu tal diminuição deste comportamento (ver seção seguinte sobre interações entre comportamentos de cliente e terapeuta por sessão).

Já a oscilação dos percentuais de *Demandas Indevidas* nas sessões 8, 9 e 12 (Figura 10E) parece ter relação com a indicação do término do processo terapêutico. Na oitava sessão, T3 acaba introduzindo o assunto, uma vez que a cliente discute questões de horários das próximas sessões. Isso pode ter tido um efeito nesta sessão, em que aparecem muitas *Demandas Indevidas* posteriormente a isso. Na sessão seguinte o percentual dessa categoria abaixa, aumentando novamente na 12ª sessão, que é a última entre T3 e C3. A cliente verbaliza seu desejo por continuar a terapia e com T3, mas é encaminhada para continuidade dos atendimentos com outro terapeuta. Isso gera um sentimento de abandono, relatado por C3, e aumento das *Demandas Indevidas* na última sessão.

A segunda função da categoria de *Demandas Indevidas*, referente a uma tentativa de aproximação da cliente em relação à terapeuta, se expressa principalmente pelos critérios da categoria: (g) perguntas sobre experiências ou vida pessoal do terapeuta; (h) convites sociais (tomar um café, fazer um passeio, ir a um evento importante); (i) pedidos fora do âmbito profissional; (j) falas em que o cliente elogia o terapeuta em aspectos físicos e/ou em sua competência como profissional (sendo este elogio correspondente ou não ao que o terapeuta é ou faça; ou com o que o cliente de fato avalie sobre o terapeuta); e (k) ofertas de presentes ou conselhos.

A análise feita em supervisão sobre esse tipo de aproximação da cliente sugere que a cliente aproxima-se de outras pessoas pelo comportamento de cuidar. A cliente teria construído uma história de perdas (não teve filhos e não cultivou amizades. Ao invés cultivou contatos, muitos deles profissionais) e foi ficando sozinha, principalmente quando deixou de trabalhar. O único repertório que foi reforçado nos últimos anos que lhe garantiu companhia, foi o comportamento de cuidar:

ajudou a cuidar da sogra doente, cuidou do pai e cuidava do marido no período em que era atendida por T3. Mas este comportamento de cuidar, por vezes se tornava invasivo, em que seu pai se queixava e seu marido se queixava, e acabava criando também um afastamento das pessoas. Um exemplo disso era com o marido, o qual já tendo um padrão de não dividir suas coisas íntimas e não expressar sentimentos, acabava por não falar muito sobre sua saúde com a mulher e até mesmo pedir que ela não o acompanhasse ao médico (C3 veio para terapia porque seu marido havia tido um problema de saúde sério e ainda estava se tratando. Isso a deixava muito tensa e preocupada. Tinha histórico de perdas anteriores).

C3 reproduzia este padrão com a terapeuta, tornando-se invasiva e inadequada ao contexto profissional. A terapeuta, ainda em formação, não sabia lidar com a situação, sentindo-se bastante incomodada com os convites feitos pela cliente, presentes ofertados e perguntas pessoais que a cliente fazia a ela. Wielewicki et al. (2007) que investigaram problemas enfrentados por terapeutas no contexto terapêutico também encontraram relatos de terapeutas que tiveram dificuldade com aproximações indevidas de clientes, embora de outra natureza. Um comportamento, como o de aproximação, seria considerado indevido, justamente quando causasse desconforto ao terapeuta por não possuir o repertório necessário para manejar a situação. T3 relata algum tipo de sentimento negativo relacionado a este comportamento da cliente até a sexta sessão, não havendo relatos posteriores. Isso pode ser devido à (1) diminuição deste comportamento, embora ele aumente em frequência na oitava sessão, (2) ou um aprendizado por parte de T3 de como lidar com este comportamento, deixando, assim, de eliciar sentimentos negativos.

As categorias *Atenuar* (Figura 10D) e *Oposição* (Figura 10C) possuem baixos percentuais no decorrer das sessões sem uma tendência de aumento ou diminuição, sendo que *Atenuar* apresenta uma pequena oscilação da quinta a 12ª sessão. Embora o percentual de *Atenuar* seja baixo, C3 de fato expressa poucos sentimentos mais negativos. Relata muitas preocupações, mas a expressão de sentimentos que acompanha essas preocupações aparece em pouquíssimos momentos. No entanto, o comportamento de *Atenuar* não parece ser seu principal repertório de esquiva.

Quanto à categoria de *Oposição* (Figura 10C), este não era um padrão forte em C3, em que, mesmo nos momentos que estava se opondo, fazia isso de maneira sutil. Os principais critérios desta categoria para C3 eram: (m) 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 (verbalizações do tipo “Sim, mas...”); e (n) 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. O trecho a seguir ilustra como a *Oposição* normalmente acontecia:

T3: *Você já pensou em fazer, trabalhar, porque você, você gosta de cuidar, de trabalhar com cuidados. Você já pensou em fazer, não sei também se você tem tempo.*

C3: *Uhum.*

T3: *Se você gostaria, de trabalhar trabalho voluntário, de cuidar, se você..*

C3: *Então.*

T3: *Também já trabalhou com isso.*

C3: *Não. Mas eu tenho vontade entendeu, aí até depois da, da minha sogra, eu vi até saiu um aí, fica pertinho eu vou lá ver. [Oposição]*

T3: *Uhum.*

C3: *Mas aí depois foi o meu pai, entendeu? Aí depois foi meu marido. [Oposição]*

T3: *Uhum.*

C3: *E é uma coisa que você tem que trabalhar quatro horas né. [Oposição]*

T3: *É.*

C3: *E é uma coisa que agora pra mim tá meio complicado entendeu. [Oposição]*

T3: *Uhum*

C3: *E mesmo na época do papai né. [Oposição]*

T3: *Uhum*

C3: *Porque podia me chamar a qualquer hora né. [Oposição]*

T3: *Tá...*

C3: *Mas é uma coisa que eu acho legal. Até agora eu tava vendo uma reportagem dos doutores da alegria. [Oposição]*

T3: *Hum.*

C3: *Nossa, eu acho uma coisa muito legal mesmo né. Eu não teria acho que condições de entrar num hospital assim, numa boa, entendeu. Mas acho que seria um negócio legal, lê história pra criança... Essas coisas. [Oposição]*

T3: *É porque tem tantos lugares.*

C3: *Tem.*

T3: *Não precisa ser necessariamente num hospital.*

C3: *Uhum.*

T3: *Tem abrigo se criança.*

C3: *Uhum.*

T3: *Tem tanto trabalho legal, com cuidado assim.*

C3: *Uhum.*

T3: *E você parece ser muito cuidadora assim né, gostar né.*

C3: *Uhum. É. Acho que eu vou procurar fazer uma coisa assim. Eu acho que, agora, por exemplo, eu to fazendo ginástica segunda, quarta e sexta, terça-feira eu venho aqui, ham a partir de, quando é, acho que era hoje, perdi, vai ter umas palestras que eu gosto.* [Oposição]

T3: *Hum.*

C3: *Aí eu recebi um e-mail também, mas agora hoje, acho, não é hoje, acho que começa na quinta-feira da semana que vem, não. É depois, ham, 12, 13, é acho que vai ser, eu não sei se é terça-feira das 10 ao meio dia, ou segunda-feira das 10 ao meio dia, mas tranquilo também.* [Oposição]

T3: *Tá*

C3: *Aí eu vou ver se eu faço as palestras entendeu. Porque aí você conhece gente.* [Oposição]

T3: *É.*

C3: *eu saio de casa.* [Oposição]

Uma oposição mais clara poderia gerar ainda mais afastamento por parte das pessoas e maior isolamento em seu cotidiano.

### **3.3. Comportamentos de terapeuta e interações entre comportamentos de cliente e terapeuta por sessão analisada**

Nesta seção serão apresentados os percentuais das intervenções das terapeutas que participaram do presente estudo no decorrer das sessões analisadas, a fim de examinar a hipótese apresentada por Oshiro (2011) para os dados encontrados por ela, e as indicações trazidas pela literatura que sugerem que *Empatia e Facilitação* são importantes para diminuir os comportamentos de clientes que dificultam o andamento da terapia, embora elas não devam acontecer sozinhas (Benetti & Cunha, 2008; Beutler et al., 2002; Cautilli & Connor, 2000; Conte & Brandão, 2001; Hill et al., 2003; Lhullier & Nunes, 2004): intervenções de caráter mais interpretativo devem acontecer passado o período inicial da terapia, após ou juntamente a intervenções que auxiliem que essas mais interpretativas sejam mais bem aceitas, seja com clientes que apresentam comportamentos que dificultam o andamento da terapia ou em situações de conflito ou ruptura da aliança. Além disso, como afirmado por Zamignani (2007), *Interpretação, Solicitação de Reflexão, Recomendação e Aprovação* seriam as categorias que produziriam mudanças no processo terapêutico. No entanto, como indicado na literatura, o terapeuta deve evitar intervenções mais diretas com clientes que emitem comportamentos que dificultam o andamento da terapia (Bishoff & Tracey, 1995; Patterson & Forgatch, 1985).

Bishoff e Tracey (1995) entendem que intervenções como “questionar” e “interpretar” podem ser feitas de maneira diretiva ou não diretiva. Como exemplo, afirmam que se uma questão

der a direção da conversa e requerer fornecimento de informações por parte do cliente, elas devem ser consideradas diretivas. No entanto, se uma questão é feita com o intuito de investigar, procurando clarificar e melhor compreender a fala do cliente, ela deve ser considerada como não diretiva. Assim, mesmo essas intervenções mais interpretativas que se aconselha que aumentem de frequência ao longo do processo terapêutico não devem por si só serem consideradas diretivas sem uma análise mais pormenorizada de seu conteúdo e objetivos. Todavia, isto está fora do escopo deste trabalho, e assim, quando se falar de intervenções como *Solicitação de Relato* ou *Interpretação*, elas devem ser consideradas com ponderação quanto a sua diretividade. Além disso, podemos presumir que para os tipos de clientes ou situações consideradas aqui, as categorias mais importantes que podem gerar mudança de comportamento seria *Interpretação* e *Solicitação de Reflexão*, evitando assim *Recomendação* e *Aprovação*, como indicado por Zamignani (2007), pois estas sim possuem caráter claramente diretivo.

A Figura 11 apresenta os percentuais de categorias de comportamento de T1 por sessão analisada.



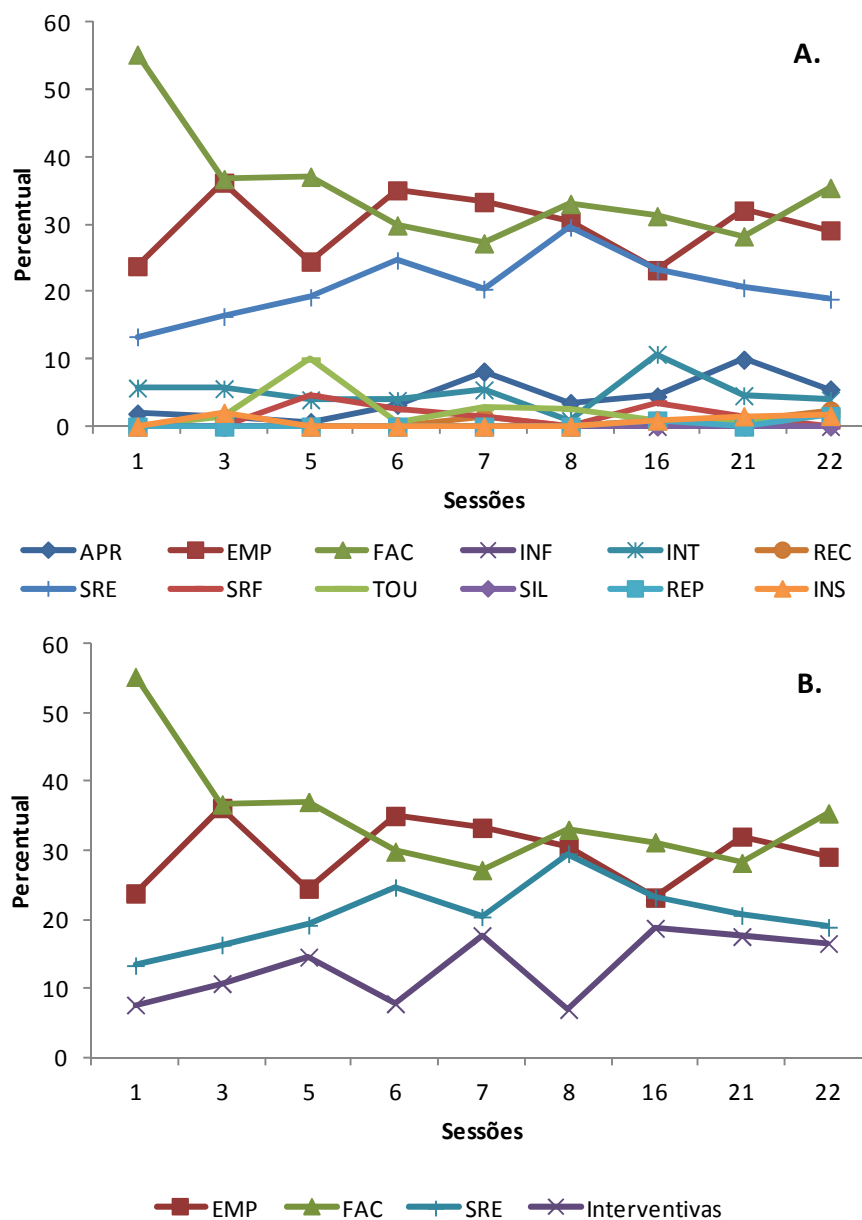


Figura 11. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada. Na Figura 11A são apresentados os percentuais de cada uma das categorias de comportamento de T1 por sessão analisada. Na Figura 11B são apresentados os percentuais das categorias de comportamento de T1 EMP, FAC, SRE e *Interventivas* por sessão analisada. Legenda: APR, *Aprovação*; EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; INF, *Informação*; INT, *Interpretação*; REC, *Recomendação*; SRE, *Solicitação de Relato*; SRF, *Solicitação de Reflexão*; TOU, *Outros*; REP, *Reprovação*; INS, *Insuficiente*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*.

A Figura 11A apresenta os percentuais de categorias de comportamento de T1 por sessão categorizada. É possível verificar que *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação* são as categorias com maior percentual das categorias de comportamento nas nove sessões analisadas. *Solicitação de Relato* apresenta uma tendência de aumento no decorrer das sessões. Já *Facilitação* possui uma tendência de diminuição, enquanto que *Empatia* permanece estável no decorrer das sessões. Essas duas categorias (*Facilitação* e *Empatia*) apresentam padrões opostos em que quando

uma aumenta a outra diminui: nas sessões 1, 5, 16 e 22, *Facilitação* tem percentuais mais altos que *Empatia*, enquanto nas sessões 6, 7 e 21, *Empatia* aparece com percentuais mais altos. Nas sessões 3 e 8 os percentuais das duas categorias são bastante semelhantes.

*Solicitação de Relato* aparece sempre abaixo de *Empatia* e *Facilitação*, exceto na sessão 8, em que apresenta percentual bastante semelhante dessas categorias. A sessão 8 é a única sessão incluída em que não foi relatado um sentimento negativo pela terapeuta. Ela foi selecionada porque havia, pelo relato da terapeuta, comportamentos que dificultavam o andamento da terapia e ocorreu após uma sequência de três sessões em que houve relato de sentimentos negativos. É interessante observar que nesta sessão, o percentual da categoria *Interventivas* é o menor das nove sessões categorizadas, correspondendo a 7% das categorias de terapeuta.

Meyer (2009a) observou que nas sessões iniciais, os terapeutas apresentavam percentuais de *Solicitação de Relato* por volta de 40% com tendência de diminuição nas sessões posteriores, apresentando uma média de 24% após a sétima sessão (com desvio padrão de 13%). Estes percentuais diferem dos apresentados pela participante T1, que obteve percentuais de *Solicitação de Relato* mais baixos nas sessões iniciais que nas sessões posteriores (com média de 19%, considerando as sessões 1, 3, 5 e 6, e desvio padrão de 4%), apresentando tendência de aumento no decorrer das sessões, embora não muito acentuada (média das sessões após a sétima, 23%, e desvio padrão de 5%).

*Facilitação* apresenta percentuais mais altos em todas as sessões quando comparado com os dados de Meyer (2009a). A autora (Meyer, 2009a) não encontrou uma tendência clara para esta categoria, que apresentou percentuais nas sessões iniciais maiores do que nas posteriores, mas não ultrapassando os 20%. A média dos percentuais desta categoria a partir da sétima sessão foi de 11%, com desvios padrões muito grandes. Meyer (2009a) afirma que em alguns estudos incluídos em seu banco de dados, *Facilitação* foi muito mais alta (por volta de 40%), atribuindo esses altos percentuais a possíveis características dos clientes atendidos, o que está de acordo com o que foi encontrado por Oshiro (2011) e Sadi (2011).

No presente estudo, para a participante T1 nota-se um percentual muito alto de *Facilitação* na primeira sessão, de 55%, e a partir da sessão 3, os percentuais de *Facilitação* diminuem, apresentando média de 32% e desvio padrão de 4%. Os percentuais de T1 são mais próximos aos percentuais encontrados por Oshiro (2011) e Sadi (2011), embora essas autoras não apresentem a distribuição dos percentuais nas sessões analisadas.

Para os dados de *Empatia* não será possível comparar com o estudo de Meyer (2009a), pois neste estudo eles foram agrupados com outras categorias, como *Aprovação* e *Reprovação*. Mas no presente estudo, *Empatia* oscila nas sessões 1, 3 e 5, apresentando média de 28% e desvio padrão de 7%. A partir da sessão 6, *Empatia* tem média de 30% com desvio padrão de 4%.

O relato da terapeuta T1 sobre as sessões iniciais com C1 (via sessões de supervisão) traz que a cliente parecia incomodada com algumas de suas perguntas: permanecia muito séria, e parecia sutilmente discordar dela e não deixá-la falar, relatando eventos de forma que dificultava suas intervenções. Os altos percentuais de categorias de comportamento de C1 *Fala Superficial* e *Atenuar*, consideradas de esquiva (Figura 6), além da presença da categoria de comportamento *Falta de Diálogo*, podem explicar os altos percentuais de *Facilitação* nas sessões iniciais, pela dificuldade de T1 de intervir. Isso explicaria também os percentuais mais baixos de *Solicitação de Relato* nas sessões iniciais.

As outras categorias, além de *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação*, permaneceram abaixo dos 10% (Figura 11A) nas nove sessões analisadas, não sendo possível encontrar padrões muito claros, a não ser para *Aprovação* que apresenta uma tendência de aumento. Além disso, nota-se um percentual um pouco mais alto para *Interpretação* na sessão 16, que corresponde a um momento mais adiantado do processo terapêutico. Assim, levando-se em consideração o que foi discutido até agora sobre as intervenções que terapeutas devem ter para clientes que apresentam comportamentos que dificultam o andamento da terapia ou em situações de conflito, e o fato de, pelos baixos percentuais, ser difícil observar uma tendência clara em algumas categorias, optou-se por agrupar essas intervenções em uma única categoria denominada *Interventivas*.

Na Figura 11B podemos observar uma tendência de aumento na categoria *Interventivas*, indicando que as intervenções de T1 vão na direção do sugerido na literatura (Benetti & Cunha, 2008; Beutler et al., 2002; Bishoff & Tracey, 1995; Cautilli & Connor, 2000; Conte & Brandão, 2001; Hill et al., 2003; Lhullier & Nunes, 2004; Patterson & Forgatch, 1985). T1 considerava que nas sessões iniciais de terapia com C1, ela estava sendo testada. C1 teria muita dificuldade de confiar em outras pessoas e falar sobre suas questões íntimas. O relato de T1 na supervisão referente à sessão 4 analisa este aspecto da cliente:

*T1: Ela começa a mexer. É, ela fica muito incomodada. Então, eu não tenho muitas informações dela, mas é porque ela não deixa ter esse acesso, entendeu? Então, eu vou, né?! Quarta sessão, comezinho, eu vou deixando. Ah tá! Eu percebo que tem coisa esquisita tanta dificuldade com esse negócio das coisas, do e-mail, que talvez eu nem tenha conseguido fazer muita pergunta. Eu preciso ler. Mas a sensação que eu tenho d'eu contando agora é que a sessão foi tão difícil, que com todo, eu senti como o marido dela, que ela vai fazer isso comigo, que eu não vou conseguir entrar. Exatamente. Eu to falando sério. Que, que vai ser difícil eu passar por um rigoroso teste dela. Como o marido passou, talvez, possibilidade uma vez na vida. Isso que eu senti. Que ela é fechada, ela é, é, ela não responde o que você pergunta, não sei.*

Em supervisão referente às sessões posteriores a sessão 6, a terapeuta relatou:

*T1: Eu acho que eu virei. Isso que eu to querendo contar que foi ótimo de atender nas férias. É! Eu acho que o negócio. Nossa! Ela nunca me ligou! “Ah, vai ter atendimento?”. Toda interessada. Ela me liga, deixa recado na minha caixa postal. O negócio melhorou. Mas teve, passei nesse teste, né!*

A percepção da terapeuta T1 é confirmada pelo aumento, embora pequeno e gradual, da categoria *Interventivas*, importante para a mudança no processo terapêutico. Além disso, houve também a tendência de aumento de *Solicitação de Relato*. A alta prevalência de *Facilitação* e *Empatia* em todas as sessões mostra a relevância dessas intervenções para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica entre a díade e a boa aceitação das atuações *Interventivas* de T1 por parte de C1.

É interessante analisar também de que maneira as intervenções de T1 se distribuem para cada comportamento eliciador de sentimentos negativos. A Figura 12 apresenta os percentuais das categorias de comportamento *Empatia*, *Facilitação*, *Solicitação de Relato* e *Interventivas* por sessão analisada e por comportamento de C1. São apresentados também os percentuais de cada um dos comportamentos de C1, uma vez que os percentuais de categorias de comportamento de terapeuta são referentes ao total das categorias nos episódios considerados como prováveis eliciadores de sentimentos negativos. Assim, numa sessão que o comportamento de cliente aconteceu pouco, o total de intervenções será mais baixo e um percentual alto de intervenções de terapeuta pode estar mascarando esta baixa ocorrência. Assim, os percentuais de ocorrência das categorias de cliente são apresentados para dar esta dimensão de ocorrência dos episódios eliciadores de sentimentos negativos, além de facilitar a comparação entre os tipos de intervenções realizadas e o aumento ou diminuição da categoria de comportamento de cliente.

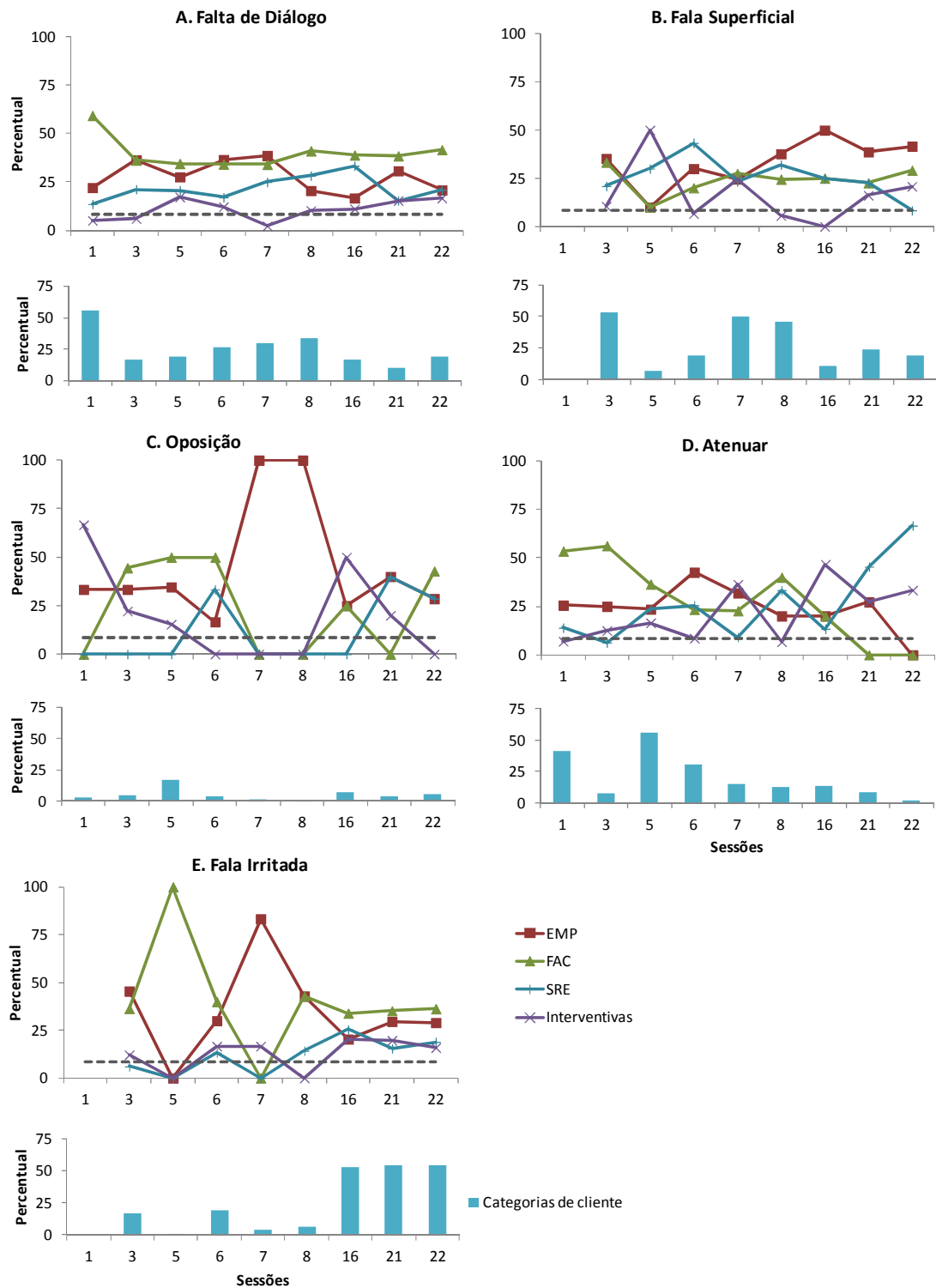


Figura 12 - Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em *Interventivas* do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentuais de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T1 por comportamento emitido por C1, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 12A), *Fala Superficial* (Figura 12B), *Oposição* (Figura 12C), *Atenuar* (Figura 12D) e *Fala Irritada* (Figura 12E). Legenda: EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; SRE, *Solicitação de Relato*. Demais categorias é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*. Linha pontilhada: linha do acaso.

A Figura 12A, referente ao comportamento de *Falta de Diálogo*, demonstra uma prevalência da categoria de comportamento de *Facilitação* na maioria das sessões (sessões 1, 5, 8, 16, 21 e 22),

principalmente nas sessões mais avançadas do processo terapêutico. Nas demais sessões 3, 6 e 7, *Facilitação* e *Empatia* apresentam percentuais próximos, por volta dos 35%. A partir da sessão 8 *Empatia* diminui, se distanciando um pouco da *Facilitação*. *Solicitação de Relato* aumenta de percentual até a sessão 16, indo de 14% para 33%, e caindo depois. A categoria *Interventivas* oscila um pouco, permanecendo próxima a linha do acaso em quase todas as sessões. Aumenta um pouco nas as sessões finais 21 e 22 (cerca de 15%).

Na Figura 12B, de *Falas Superficiais*, *Facilitação* e *Empatia* ocorrem em porcentuais similares, assim como nas primeiras sessões de *Falta de Diálogo*, mas a seguir *Empatia* aumenta de proporção se tornando a principal forma de intervenção terapêutica. *Solicitação de Relato* cai de 32% na oitava sessão para 25% na 16ª e 22% na 21ª, permanecendo próxima a linha do acaso na 22ª sessão. *Facilitação* permanece estável, com média de 25% e desvio padrão de 3%. A categoria *Interventivas* se eleva nas sessões 21 e 22, com 16 e 21%, respectivamente.

Alguma oscilação pode ser verificada nas intervenções de T1 para *Fala Irritada* (Figura 12E). Entretanto, os percentuais de *Fala Irritada* nas sessões 5, 7 e 8 são mais baixos, o que pode ter supervalorizado os percentuais das categorias de terapeuta, em que uma ocorrência apesar de baixa, corresponderia a um percentual alto. No entanto, a prevalência de ou *Facilitação* ou *Empatia* está de acordo com o que é analisado em supervisão, em que nos momentos em que a cliente está irritada, qualquer coisa que a terapeuta fizer pode gerar mais irritação, sendo mais natural para a terapeuta limitar-se a ser empática ou facilitar o relato.

No entanto, esta intervenção não é a única aconselhada: a terapeuta pode mostrar para a cliente que apesar de justo o motivo pelo qual estava irritada, sua irritação produz um efeito desagradável no ouvinte, inclusive, na terapeuta. Esta intervenção entraria na categoria *Interpretação*, estando de acordo com o que sugere a literatura de que as situações de conflito, hostilidade ou impasses, devem ser abordadas diretamente com o cliente (Hill et al., 2003; Callaghan, 2006; Tsai et al., 2009; Summer & Barber, 2003), sendo os casos em que isso ocorreu melhor sucedidos.

A categoria *Interventivas* aumentou nas sessões em que *Fala Irritada* aconteceu mais, sendo que *Facilitação* prevaleceu, seguida de *Empatia* e depois por *Demais Categorias* e *Solicitação de Relato*. Os percentuais destas intervenções se tornaram próxima umas das outras, indicando maior número de intervenções. Nas sessões 21 e 22, T1 tinha receio de que C1 passasse mal por estar grávida e ter histórico de hipertensão, fazendo com que, provavelmente, tivesse maior dificuldade de realizar ainda mais intervenções de naturezas diferentes das de *Empatia* e *Facilitação*.

Quanto à categoria de comportamento *Atenuar* de C1 (Figura 12D) esta diminuiu em frequência ao mesmo tempo em que *Fala Irritada* aumentou. O que se pode observar é que a diminuição da categoria de comportamento *Atenuar* de C1 é acompanhada por uma tendência de

aumento de *Solicitação de Relato* e da categoria *Interventivas*, que, nas últimas sessões superaram *Empatia* e *Facilitação* (Figura 12D).

Para *Oposição* parece não haver uma tendência clara em nenhuma das intervenções realizadas por T1 (Figura 12C). As intervenções empáticas são as que possuem maior estabilidade. De qualquer maneira, *Oposição* não era um repertório muito fortalecido de C1, não permitindo provavelmente, situações suficientes para que o comportamento da terapeuta pudesse ser modelado.

Para C1, pode-se concluir que em todas as categorias, exceto *Oposição*, as melhoras obtidas parecem estar relacionadas com aumento da categoria *Interventivas* de T1. Este dado está de acordo com o sugerido pela literatura, de que, para que a mudança do cliente aconteça, intervenções como *Empatia* e *Facilitação* não devem ocorrer sozinhas, sem outras mais interventivas (Benetti & Cunha, 2008; Beutler et al., 2002; Cautilli & Connor, 2000; Conte & Brandão, 2001; Hill et al., 2003; Lhullier & Nunes, 2004). Ainda, as categorias *Facilitação* e *Empatia* apresentaram muitas vezes padrões de ocorrência diferenciados em resposta aos comportamentos de clientes que dificultam o andamento da terapia, atentando para o fato de que *Empatia* é uma intervenção mais ativa que *Facilitação*.

A Figura 13 apresenta os percentuais de categoria de comportamento de T2 por sessão analisada.

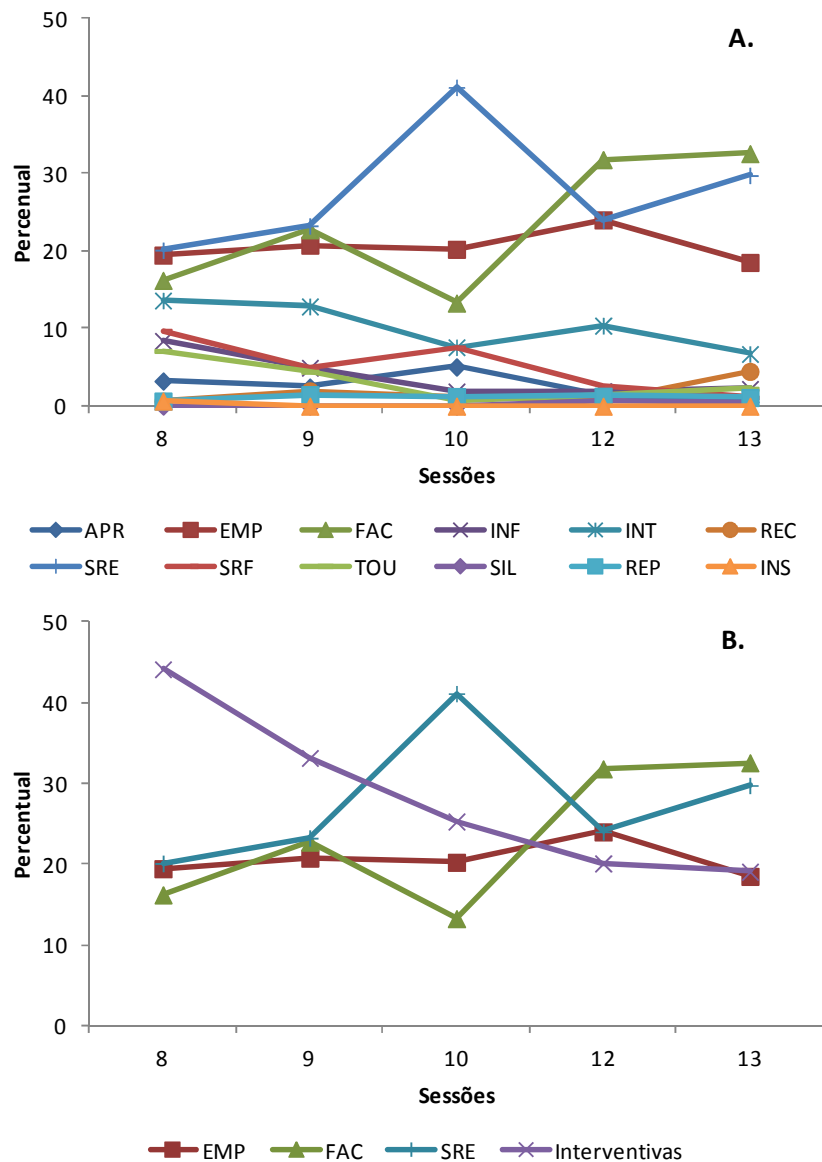


Figura 13. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada. Na Figura 13A são apresentados os percentuais de cada uma das categorias de comportamento de T2 por sessão analisada. Na Figura 13B são apresentados os percentuais das categorias de comportamento de T2 EMP, FAC, SRE e *Interventivas* por sessão analisada. Legenda: APR, *Aprovação*; EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; INF, *Informação*; INT, *Interpretação*; REC, *Recomendação*; SRE, *Solicitação de Relato*; SRF, *Solicitação de Reflexão*; TOU, *Outros*; REP, *Reprovação*; INS, *Insuficiente*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*.

Podemos observar na Figura 13A que *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação* constituem as categorias de terapeuta com maiores percentuais em todas as sessões também para T2. No entanto, na oitava sessão, a diferença entre estas categorias não é tão acentuada como nas sessões posteriores, em que *Solicitação de Relato* representa 20% das categorias de T2 na sessão 8 e sobe para 30% na sessão 13; *Facilitação* corresponde a 16% na oitava sessão e se eleva para 33% na sessão 13; e *Empatia* representa 19% na sessão 8, permanecendo mais estável durante as sessões seguintes, com média de 21% e desvio padrão de 2%, ficando na sessão 13 com 18%.



Na oitava sessão, *Interpretação* representa 14% das categorias de comportamento de T2, sendo a quarta categoria com maior percentual na primeira sessão. Esta categoria é seguida por *Solicitação de Reflexão*, com 10%, e *Informação*, com 8%. No decorrer das sessões, *Interpretação*, *Solicitação de Reflexão* e *Informação* apresentam tendência de queda dos percentuais. Ao somar todas as categorias, exceto *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação*, agrupando-as na categoria *Interventivas* (Figura 13B), é possível observar com maior clareza a diminuição dessas categorias. Elas aparecem muito mais altas na sessão 8 (cerca de 45%) e diminuem, na última sessão analisada, mais da metade - sessão 13 corresponde a 19% das categorias de T2.

A Figura 14 apresenta os percentuais de *Solicitação de Relato*, *Empatia*, *Facilitação* e a categoria *Interventivas* por sessão analisada para T2a e T2b separadamente.

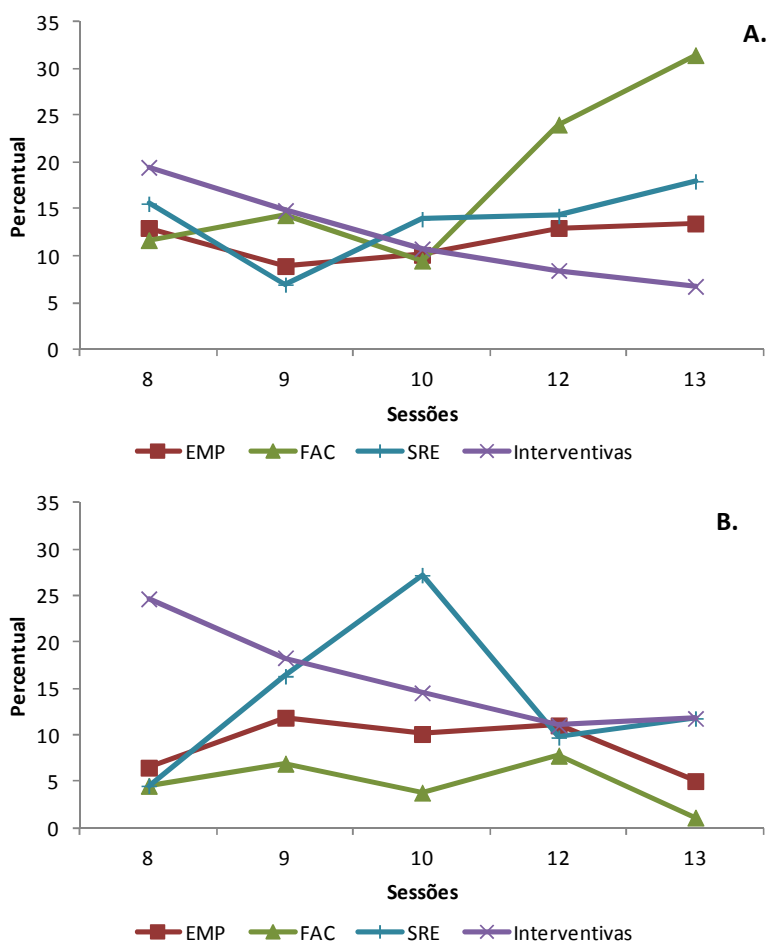


Figura 14. Percentuais de categorias de comportamento de T2a (Figura 14A) e T2b (Figura 14B) do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada. Legenda: EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; SRE, *Solicitação de Relato*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*.

Na Figura 14A e 14B é possível observar que para ambas as terapeutas, T2a e T2b, as categorias *Interventivas* apresentam percentuais mais altos nas sessões 8 e 9 do que *Empatia*,

*Facilitação e Solicitação de Relato* e que no decorrer das sessões os percentuais vão caindo. Para T2a (Figura 14A), passa a representar o menor percentual na sessão 13 quando comparado à *Empatia, Facilitação e Solicitação de Relato*, representando 7% das categorias de T2a. Para T2b (Figura 14B), a categoria *Interventivas* ainda corresponde ao maior percentual de categorias da sessão 13, correspondendo a 12%, se equiparando à *Solicitação de Relato*.

Já havia sido observada uma maior tendência de T2b a realizar intervenções mais diretivas (*Recomendação, Reprovação, Informação*) que T2a, enquanto esta apresentava altos percentuais de *Facilitação* (ver Figura 5). Essa diferença entre T2a e T2b é maior nas sessões 12 e 13. A partir da sessão 12, os percentuais de *Facilitação* de T2a aumentam bastante: na sessão 10 representava 9% das categorias de terapeuta, aumentando na sessão 12 para 24%. O máximo dos percentuais atingidos para categoria *Facilitação* para T2a é na 13ª sessão, em que representa 31% das categorias de terapeuta. *Solicitação de Relato* para T2a cai da oitava para a nona sessão, indo de 16% para 7%, e depois volta a subir a partir da sessão 10, correspondendo a 14% e continua a subir (Figura 14A). *Empatia* se mantém um pouco mais estável, apresentando uma leve queda da oitava para a nona sessão, subindo novamente a partir da sessão 10, tendo média de 12% e desvio padrão de 2%.

Uma explicação para o aumento dos percentuais de *Facilitação* de T2a pode ser que o repertório da terapeuta foi sendo modelado no decorrer do tempo, na direção que é sugerido de que intervenções não diretivas são mais aconselháveis para clientes que apresentam comportamentos que dificultam o andamento da terapia (Bishoff & Tracey, 1995; Oshiro, 2011; Patterson & Forgatch, 1985; Sadi, 2011). No entanto, a categoria *Interventivas* segue tendência inversa do que seria esperado: há uma diminuição dessas categorias no decorrer das sessões analisadas. O esperado seria que nas sessões iniciais este percentual fosse mais baixo e aumentasse no decorrer do processo. Apesar das sessões iniciais não terem sido categorizadas, os percentuais mais altos nas sessões 8 e 9 da categoria *Interventivas*, indicam possivelmente um percentual alto também nas sessões anteriores.

Já a terapeuta T2b apresenta percentuais de *Facilitação e Empatia* mais baixos (Figura 14B). *Empatia* chega a aumentar um pouco nas sessões 9, 10 e 12, correspondendo a 12, 10 e 11%, respectivamente, mas cai na sessão 13, indo para 5%. *Facilitação* apresenta tendência de diminuição no decorrer das sessões, chegando a 1% na 13ª sessão. *Solicitação de Relato* aumenta entre as sessões 8 e 10, atingindo 27% na 10ª sessão, e voltando a cair nas sessões seguintes (sessão 12, 10%; sessão 13, 12%).

Parece haver uma tendência de queda das categorias de comportamento de T2b (Figura 14B). A explicação para essa diminuição poderia ser que as intervenções desta terapeuta estavam em processo de punição ou extinção, uma vez que as categorias *Falta de Diálogo e Oposição* estavam aumentando em percentual para T2b (ver Figura 9). Diferentemente de T2a que apresentou

aumento de *Facilitação e Empatia*, T2b parece ter diminuído o número de intervenções no decorrer das sessões, mas emitindo ainda em maior número as *Interventivas* (Figura 14B). Poderemos ter mais dados quanto a essa hipótese, verificando as distribuições das intervenções de terapeuta por categoria de comportamento de C2, apresentadas na Figura 15.

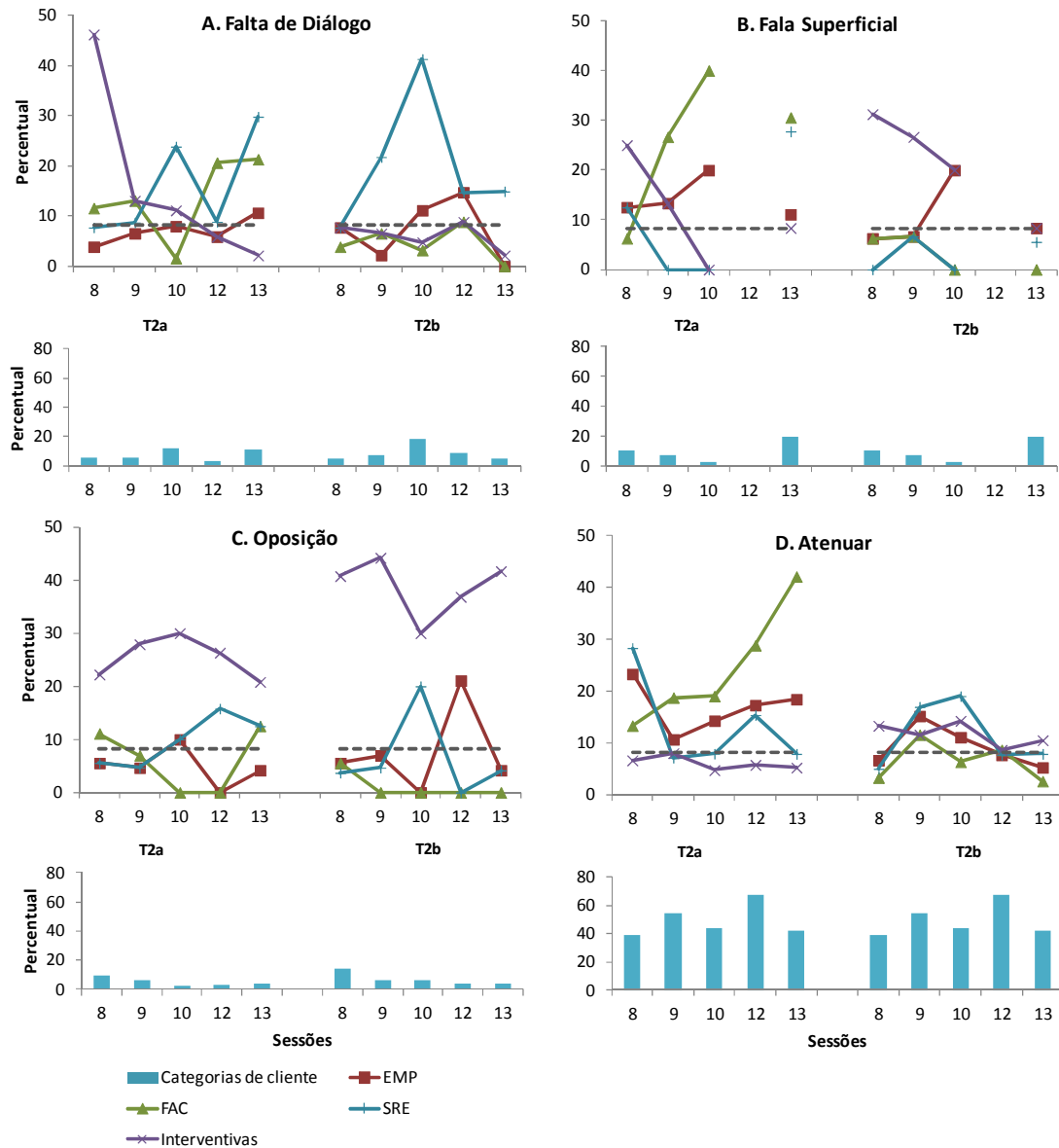


Figura 15. Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em *Interventivas* do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T2a e T2b por comportamento emitido por C2, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 15A), *Fala Superficial* (Figura 15B), *Oposição* (Figura 15C) e *Atenuar* (Figura 15D). Legenda: EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; SRE, *Solicitação de Relato*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*. Linha pontilhada: linha do acaso.

É possível observar na Figura 15A, que T2a apresenta altos percentuais da categoria *Interventivas* na oitava sessão, representando 46% das categorias de comportamento desta terapeuta

após *Faltas de Diálogo*. Na nona sessão, o percentual da categoria *Interventivas* cai para 13% e continua a cair até atingir 2% na 13ª sessão. As categorias *Solicitação de Relato*, *Facilitação* e *Empatia* apresentam tendência de aumento. *Solicitação de Relato* tem dois picos de percentuais das sessões 10 e 13, representando 24 e 30%, respectivamente. *Facilitação* apresenta também tendência de aumento, exceto na sessão 10, que cai drasticamente, correspondendo a 2% das categorias desta terapia. *Empatia* permanece próxima à linha do acaso, em quase todas as sessões, ficando um pouco mais abaixo na oitava sessão com 4% e um pouco acima na 13ª sessão, com 11%.

Quanto a T2b, *Solicitação de Relato* predomina na maioria das sessões após *Faltas de Diálogo* (sessões 9, 10 e 13), apresentando seu percentual máximo na 10ª sessão, com 27%. *Facilitação* e a categoria *Interventivas* permanecem próximas à linha do acaso nas sessões 8, 9 e 12, caindo para baixo de 5% nas sessões 10 e 13. *Empatia* apresenta uma tendência de aumento da sessão 9 a 12, mas cai drasticamente na sessão 13, atingindo o percentual zero nesta sessão.

O aumento de *Solicitação de Relato* para T2a e a prevalência desta categoria para T2b, podem ser explicadas pelos critérios de *Falta de Diálogo* que predominam para C2: (f) comenta ou responde ao terapeuta com frase curta, por vezes monossilábica, seguido de período de silêncio, ou questão do terapeuta; e (g) responde com um gesto (usualmente um aceno de cabeça - sim ou não), num momento em que o terapeuta está solicitando relato ou reflexão. As próprias terapeutas afirmam que tinham que agir como “saca-rolhas” para conseguir informações e análises de C2. Uma vez que a cliente respondia com frases curtas ou gestos, sem fornecer maiores informações às terapeutas, estas continuam a solicitar que a cliente fornecesse tais informações.

O interessante é observar que T2a, provavelmente, teve seu repertório modelado para este tipo de comportamento. Pode ser que a categoria *Interventivas* tenha sofrido punição ou extinção, o que explicaria sua queda. *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Facilitação*, em contrapartida, sendo categorias importantes para que a terapeuta pudesse se estabelecer como audiência, aumentaram em percentual.

No entanto, as sessões categorizadas de C2 representam uma etapa um pouco mais avançada do processo terapêutico, sendo o diálogo um repertório importante para o bom andamento da terapia. Nas sessões iniciais, o terapeuta costuma focar, principalmente, na adesão do cliente à terapia e, posteriormente, consequência diferencialmente as respostas emitidas pelo cliente durante a sessão para a modelagem de novos repertórios. Para isso, o terapeuta deve facilitar o relato de eventos que foram punidos no ambiente natural do cliente, para que possam ser analisados e trabalhados de forma direta (Follette et al., 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001). A *Falta de Diálogo* ainda em sessões mais avançadas do processo indica que os assuntos relevantes podem não estar sendo trabalhados de modo satisfatório. Além disso, T2a estar emitindo altos percentuais da categoria *Interventivas*, que para sessão 8 é representada principalmente por *Solicitação de*

*Reflexão*, pode estar tentando obter análises da cliente sem todos os elementos necessários para isso. Assim, a terapeuta pode não estar conseguindo o engajamento da cliente e as intervenções foram diminuindo em sessões posteriores.

Já T2b prossegue com a coleta de dados por meio de *Solicitação de Relato* nas sessões entre 8 e 13, apresentando o maior percentual desta categoria quando a cliente também apresenta o maior percentual de *Falta de Diálogo* referente a ela e no total das sessões - sessão 10. Segundo Meyer (2009a), *Solicitação de Relato* por volta da décima sessão estaria entre 20 e 30%, mais baixo que a apresentada por T2b (41%).

Na Figura 15B, *Fala Superficial*<sup>6</sup> apresenta tendência de diminuição da sessão 9 à 12, em que passa de 10% para zero. Volta a ser emitido na sessão 13 com percentual maior que nas sessões anteriores, correspondendo a 10%. T2a, em relação a este comportamento, apresenta tendência de aumento das categorias de *Facilitação* (passa de 7% para 40%) e *Empatia* (passa de 12% para 20%) e tendência de diminuição para a categoria *Interventivas* (passa de 25% para zero%) e *Solicitação de Relato* (passa de 12% para zero), até a sessão 10. Na sessão 13, *Empatia* e *Solicitação de Relato* ficam próximas a linha do acaso, havendo uma predominância das categorias *Facilitação* e *Solicitação de Relato*, que correspondem a 31 e 28%, respectivamente.

T2b, por sua vez, apresenta tendência de queda para a categoria *Interventivas*, indo de 31% para 8%. *Facilitação* e *Empatia* permanecem próximas a linha do acaso nas sessões 8 e 9. Na sessão 10, *Facilitação* cai para zero e *Empatia* se eleva por volta dos 20%, se equiparando à categoria *Interventivas*. Na sessão 13, *Empatia*, *Solicitação de Relato* e *Interventivas* permanecem próximas à linha do acaso e *Facilitação* tem percentual zero.

Até a sessão 10, que condiz à tendência de diminuição de *Fala Superficial*, as terapeutas parecem estar respondendo de maneira efetiva a este comportamento, em que o aumento dos percentuais de *Facilitação* e *Empatia* pode ser entendido como as terapeutas dando atenção mínima a este tipo de comportamento. *Fala Superficial* volta a ser emitido na sessão 13, fazendo parte do padrão de esquiva da cliente, que na medida em que há um maior aprofundamento dos temas, ela desvia o foco, trazendo novos temas ou demandas.

O comportamento de *Atenuar* (Figura 15D) é o comportamento mais emitido por C2. Referente a esse comportamento, T2a apresenta uma tendência de aumento de emissão de *Facilitação*, representando 13% na oitava sessão e atingindo 42% na 13ª sessão. É a categoria de T2a que prevalece da sessão 9 a 13. *Solicitação de Relato* tem uma diminuição acentuada da oitava para nona sessão (28 e 7%, respectivamente), mantendo-se próxima a linha do acaso nas sessões 9, 10 e 13. A categoria *Interventivas* permanece próxima a linha do acaso nas cinco sessões

---

<sup>6</sup> *Fala Superficial* e *Atenuar* não são categorias de comportamento que pudessem ser diferenciados como uma resposta específica a uma das terapeutas, então os percentuais na Figura 15B e 15D são os mesmos para as duas terapeutas. Diferentemente de *Falta de Diálogo* e *Oposição* que são comportamentos direcionados ao outro.

analisadas, com uma média de 6% e desvio padrão de 1%. *Empatia* diminui da oitava para a nona sessão, passando de 23% para 10%, e voltando a subir nas sessões seguintes, até atingir 18% na sessão 13.

Este comportamento de *Atenuar* na cliente incomodava bastante T2a. Os seguintes trechos de supervisões ilustram esse incômodo:

**Trecho 1:**

T2a: *Eu estava comentando com a T2b, assim, eu não sei o que essa moça. Não é apaixonada, loucamente, mas eu não vejo emoção e aí a T2b diz que já.*

**Trecho 2:**

T2b: *Às vezes, que eu faço muita piadinha na sessão às vezes ela ri, brinca, não é? Alguma coisa que ela fala a gente faz uma brincadeira, ela dá risada, então algumas vezes você tem uma, você viu que ela riu mesmo, e aí muda a cara dela, impressionante é outra cara. Mas é raríssimo.*

T2a: *“Reaja”, falta vida assim é uma coisa.*

T2b: *Então acho que ela tem muito essa coisa de.*

S: *Não consegue identificar quais são os antecedentes.*

T2b: *Não nem a gente.*

T2a: *A minha impressão é que é aquela pessoa que recebe uma coisa super legal e reage assim, com aquele sorriso dela assim. Recebe uma coisa que não é legal também, você não sabe identificar o que está legal e o que não está para está pessoa.*

O incomodo demonstrado por T2a explicar a prevalência de intervenções do tipo *Facilitação* e *Empatia*, em que parece estar demonstrando uma predisposição a um distanciamento por parte da terapeuta, o que estaria de acordo com o indicado por Falcone e Azevedo (2004), Hill et al. (2003), Safran et al. (2001). A cliente por não mostrar, com frequência, proximidade afetiva para com as terapeutas, nem envolvimento emocional com os assuntos relatados - conforme o que é percebido e relatado pelas terapeutas -, acaba por punir qualquer expressão mais calorosa ou engajamento maior por parte de T2a, fazendo com que este comportamento de *Atenuar* sirva de estímulo discriminativo para intervenções de *Empatia* e *Facilitação* de forma distanciada.

Quanto a T2b, podemos observar na Figura 15D que *Facilitação* permanece próxima (sessões 9, 10 e 12) ou abaixo da linha do acaso (sessões 8 e 13). *Empatia* também permanece próxima a linha do acaso, exceto na sessão 9, em que corresponde à cerca de 15% das categorias de comportamento da terapeuta. *Interventivas* permanece acima da linha do acaso nas sessões 8, 9 e 10, com uma média de 13% nessas sessões e desvio padrão de 1%. A partir da sessão 12, fica na linha do acaso. *Solicitação de Relato* fica acima da linha do acaso nas sessões 9 e 10, com média de 18% e desvio padrão de 1%, passando para a linha do acaso nas demais sessões. Nota-se que para

T2b, as sessões 8, 9 e 10 são as que apresentam alguma tendência diferenciada da terapeuta intervir havendo uma prevalência de algumas categorias (*Interventivas* na sessão 8 e *Solicitação de Relato* nas sessões 9 e 10), mas nas sessões 12 e 13, a terapeuta passa a intervir ao acaso, também reduzindo bastante intervenções do tipo *Empatia* e *Facilitação*.

*Oposição* para C2 era dividido por comportamentos vocais e não vocais. Quando vocais caracterizava-se, principalmente, pelos critérios: (f) ironia dirigida ao terapeuta; e (m) 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 (verbalizações do tipo “Sim, mas...”). Havia uma tendência de C2 acreditar que sua situação não era passível de mudança e uma insatisfação muito grande quanto a essa crença. Quanto aos comportamentos de *Oposição* não vocais, esses aconteciam durante as falas das terapeutas, com caráter bastante hostil, embora indireto por não ser diretamente verbalizado.

Como pode ser observado na Figura 15C, há uma prevalência acentuada para ambas as terapeutas da categoria *Interventivas* para comportamentos de *Oposição*. Há uma tendência de diminuição de *Interventivas* para T2a na 12ª e 13ª sessões, mas ainda sim apresentam percentuais bastante altos. Para T2a, *Interventivas* é representado, principalmente por *Interpretação* e, para T2b, é representado por *Interpretação* até sessão 12, passando para *Recomendação* na 13ª sessão.

A prevalência destas categorias pode ser decorrente a: (a) o caráter pessimista/desesperançoso da *Oposição* da cliente pode ter produzido nas terapeutas uma maior proporção de *Interpretações* e *Recomendações* da tentativa de quebrar este padrão; (b) pela *Oposição* não vocal acontecer durante a fala das terapeutas, elas mantiveram-se falando, provavelmente na tentativa de extinguir tal tipo de comportamento da cliente. Nota-se aí, um indicativo para a *Oposição* acontecer frente a uma *Interpretação*; e/ou (c) a baixa ocorrência de *Oposição* não foi suficiente para punir a categoria *Interventivas* das terapeutas. É possível verificar, de maneira muito evidente, que ao contrário do preconizado por Oshiro (2011) e Sadi (2011), para o comportamento de *Oposição*, que é um comportamento que dificulta o andamento da terapia, há um baixo percentual de *Empatia* e *Facilitação*, que seriam intervenções importantes para que aquelas interpretativas fossem bem aceitas.

É possível observar que exceto para o comportamento de *Oposição*, T2a e T2b apresentam intervenções diferentes uma da outra. O que fortalece a hipótese de que a causa para o abandono da terapia por C2, tenha sido a discrepância entre as intervenções de T2a e T2b frente aos comportamentos da cliente. Ao mesmo tempo todos os comportamentos da cliente que dificultavam o andamento da terapia, exceto *Oposição*, apresentam tendência de aumento, quando na verdade deveriam diminuir com o decorrer da terapia.

Apesar de ter existido consistência no responder das terapeutas para *Oposição*, pode-se inferir que elas tiveram dificuldade em responder de maneira eficaz a esse comportamento e também ao comportamento de *Atenuar*, considerados bastante incômodos por elas. Para *Oposição* houve altos percentuais da categoria *Interventivas*, mas baixos percentuais de *Empatia* e *Facilitação*. Já para *Atenuar*, T2a apresentou altos percentuais de *Facilitação* e T2b, nas sessões finais, passou a responder ao acaso.

A Figura 16 apresenta os percentuais de categoria de comportamento de T3 por sessão analisada.

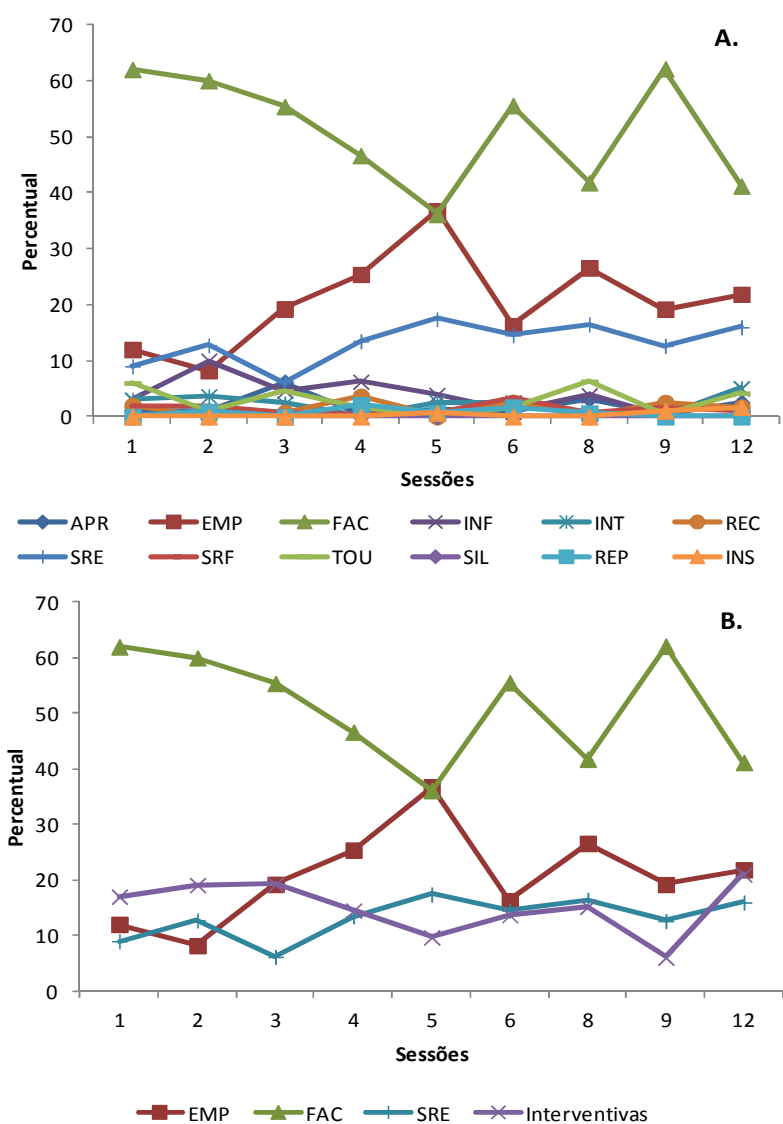


Figura 16. Percentuais de categorias de comportamentos de terapeuta do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica por sessão analisada. Na Figura 16A são apresentados os percentuais de cada uma das categorias de comportamento de T3 por sessão analisada. Na Figura 16B são apresentados os percentuais das categorias de comportamento de T3 EMP, FAC, SRE e *Interventivas* por sessão analisada. Legenda: APR, *Aprovação*; EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; INF, *Informação*; INT, *Interpretação*; REC, *Recomendação*; SRE, *Solicitação de Relato*; SRF, *Solicitação de Reflexão*; TOU, *Outros*; REP, *Reprovação*; INS, *Insuficiente*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*.



É possível observar na Figura 16 uma alta prevalência da categoria *Facilitação* nas sessões analisadas, em que o mínimo percentual obtido nesta categoria foi 36% na quinta sessão. Até a quinta sessão há uma queda nos percentuais de *Facilitação*, que nesta sessão se equipara à categoria *Empatia*, mas em seguida volta a subir. A categoria *Facilitação* passa, então, a oscilar da quinta sessão até a 12ª, apresentando seus maiores percentuais nas sessões 6 e 9, em que obtêm 57 e 62%, respectivamente, percentual que pode ser considerado bastante alto.

Há uma tendência inversa da categoria *Facilitação* e *Empatia* havendo uma aproximação apenas na quinta sessão. Há um aumento de *Empatia* de 12% na primeira sessão a 37% na quinta sessão. Na sexta sessão diminui e permanece estável até a 12ª sessão, com média de 22% e desvio padrão de 4%.

*Solicitação de Relato* apresenta uma leve tendência de aumento ao longo das sessões, indo de 9% na primeira sessão para 16% na 12ª. Entre as sessões 3 e 5 apresenta maior aumento, passando de 6%, na terceira sessão, para 17% na quinta.

Na Figura 16A observamos que as categorias *Interpretação*, *Solicitação de Reflexão*, *Informação*, *Recomendação*, *Aprovação* e *Reprovação* (além de *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*) apresentam percentuais muito baixos, permanecendo abaixo dos 10%. Quando somadas, na Figura 16B, apresentam tendência à estabilidade, com média de 15% e desvio padrão de 5%. Portanto há predominância acentuada de *Facilitação* sobre todas outras formas de intervenção da terapia.

A prevalência de *Facilitação* e *Empatia* está de acordo com a necessidade de intervenções não diretivas para clientes que apresentam comportamentos que dificultam o andamento da terapia (Oshiro, 2011; Sadi, 2011; Bishoff & Tracey, 1995; Patterson & Forgatch, 1985), mas vai de encontro com o esperado que as *Interventivas* aumentem de frequência no decorrer do processo da terapia, uma vez que intervenções empáticas e de facilitação do relato proporcionem um ambiente pouco punitivo e acolhedor, podendo fazer com que outras intervenções mais interpretativas possam ocorrer e ser bem aceitas.

Retomando ainda o que foi dito anteriormente, de que *Interpretação*, *Solicitação de Reflexão*, *Recomendação* e *Aprovação* seriam importantes para produzirem mudanças no comportamento do cliente durante o processo terapêutico, poderíamos presumir que estas mudanças não estariam acontecendo para a cliente C3, tendo como base também os comportamentos de cliente apresentados na Figura 10, em que os percentuais de comportamento oscilam, sem apresentar uma tendência de aumento ou diminuição. T3 chega a relatar em questionário pós-sessão referente à oitava sessão que não se sente “fazendo terapia”, o que pode ter relação aos baixos percentuais da categoria *Interventivas* (Figura 16B).

Na Figura 17, será possível verificar se esse padrão de intervenções de T3 acontece em relação a todos os comportamentos de C3, ao serem apresentados os percentuais de *Empatia*, *Facilitação*, *Solicitação de Relato* e *Interventivas*, por comportamento de C3 analisado.

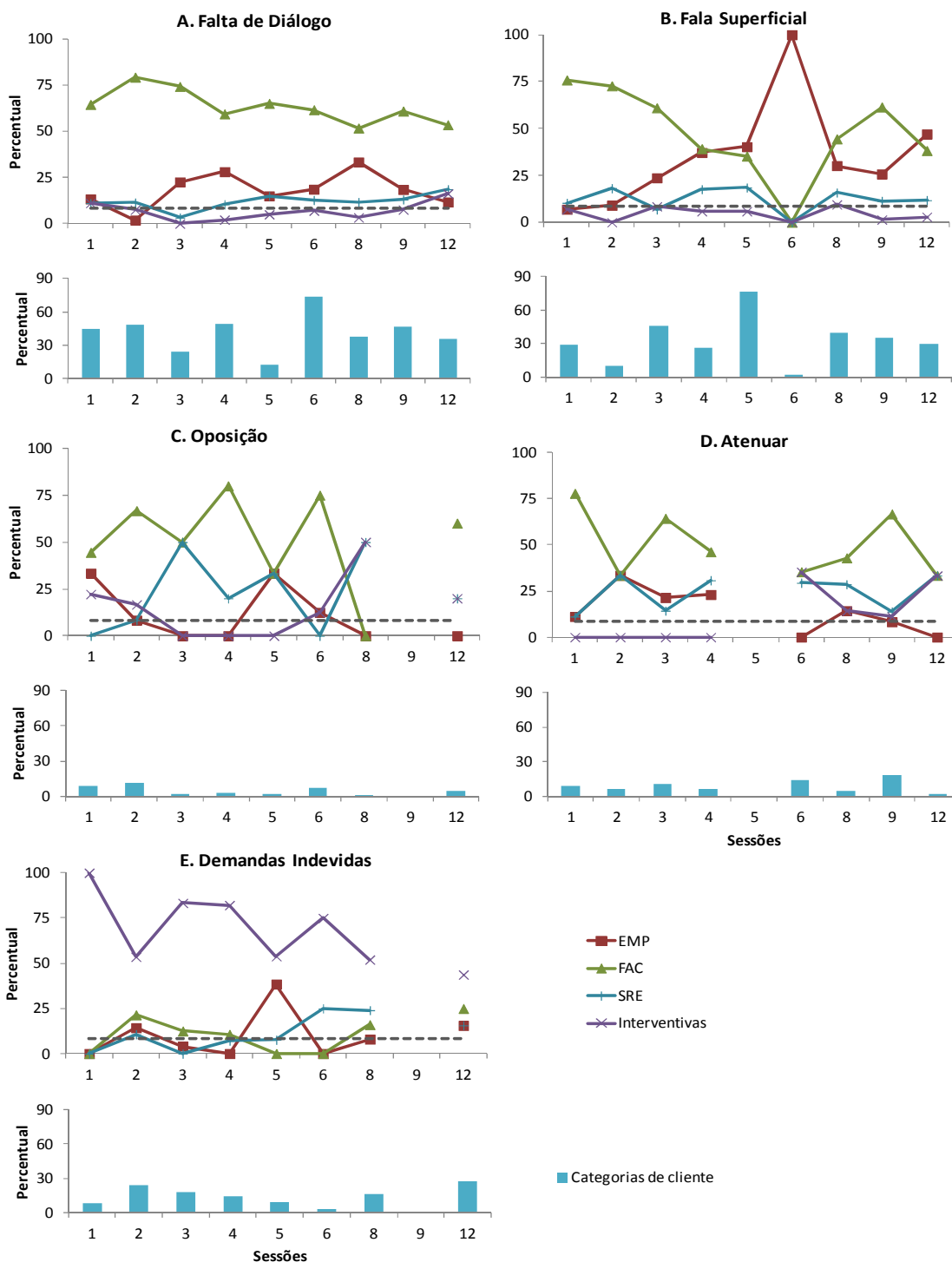


Figura 17 - Percentuais das categorias de comportamento de terapeuta EMP, FAC, SRE e agrupamento de categorias em *Interventivas* do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica e percentual de categorias de comportamento de cliente por sessão analisada. São apresentadas as intervenções de T3 por comportamento emitido por C3, sendo eles: *Falta de Diálogo* (Figura 17A), *Fala Superficial* (Figura 17B), *Oposição* (Figura 17C), *Atenuar* (Figura 17D) e *Demandas Indevidas* (Figura 17E). Legenda: EMP, *Empatia*; FAC, *Facilitação*; SRE, *Solicitação de Relato*. *Interventivas* é o agrupamento de *Aprovação*, *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação*, *Solicitação de Reflexão*, *Reprovação*, *Outros*, *Silêncio* e *Insuficiente*. Linha pontilhada: linha do acaso.

Na Figura 17A, referente à *Falta de Diálogo*, observamos que a categoria *Facilitação* é a que possui maior percentual entre as categorias de terapeuta, permanecendo em todas as sessões acima de 50%. *Facilitação* apresenta uma leve tendência de queda no decorrer das sessões, indo de 65% na primeira sessão para 53% na 12<sup>a</sup>. *Empatia*, *Solicitação de Relato* e *Interventivas* tiveram tendência leve de aumento. No entanto, a diferença entre essas categorias e *Facilitação* continuou bastante acentuada.

Esse alto percentual de *Facilitação* em resposta a categoria de cliente de *Falta de Diálogo*, pode ser explicado pelo critério que prevalece nesta categoria para C3, que é o de fala verborrágica, como dito anteriormente. Este tipo de fala, que apresenta alta fluência de palavras em que a cliente não respeitava pontuações, falava com velocidade alta, “engolindo” sílabas das palavras provavelmente dificultava a intervenção de T3, que na medida em que não encontrava pausas em que pudesse falar, acabava por emitir predominantemente *Facilitação*.

Sadi (2011) também apresentou predominância de *Facilitação* seguida de *Relatos* da cliente e também de *Relatos* da cliente seguida de *Facilitação*. A autora levantou três hipóteses para esta predominância: (a) ao fato da cliente estudada apresentar relatos longos e detalhados, ou seja, um padrão de fala também verborrágico, em que a terapeuta se colocava a disposição para ouvir, emitindo altos percentuais de *Facilitação*; (b) a terapeuta por ter sido punida pela cliente em alguma outra fala anterior, limitou-se a emitir *Facilitação* ao invés de outro comportamento mais produtivo; e (c) a *Facilitação* teria a função de extinção para alguns tipos de relatos.

No entanto, ao contrapor seu percentual de intervenções interpretativas com os de Oshiro (2011), que eram mais altas, adicionado à alta proporção de *Facilitação* que seguiam estabelecimento de relações, ou relatos em que seria aconselhável emitir uma *Interpretação* ou *Solicitação de Reflexão*, Sadi (2011) levantou uma nova hipótese, que de que o terapeuta acabou se distanciando emocionalmente do cliente. Toma como referência o estudo de Hill et al. (2003) em que os terapeutas apesar de terem sentimentos negativos em relação aos seus clientes, aqueles que conseguiram auxiliar o cliente a encontrar as razões de seus comportamentos foram mais bem sucedidos.

Para a participante T3, do presente estudo, podemos inferir a mesma hipótese de distanciamento emocional, já que juntamente com os altos percentuais de *Facilitação*, a categoria *Interventivas* permanece próxima da linha do acaso. Além disso, T3 relatou sentimentos negativos para com a cliente em nove das 12 sessões realizadas. Essa predominância de *Facilitação* vai se repetir ainda em relação a outros comportamentos de C3.

Para *Fala Superficial* (Figura 17B) é possível observar um padrão oposto nas curvas das categorias de terapeuta *Facilitação* e *Empatia*. A sexta sessão conta com um percentual de 1,7 para

*Fala Superficial*, em que as ocorrências das categorias de comportamento de terapeuta acabam sendo supervalorizadas quanto aos seus percentuais. *Empatia*, por exemplo, tem duas ocorrências na sexta sessão e percentual de 100%. Desconsiderando temporariamente a sexta sessão e comparando as categorias de *Empatia* e *Facilitação*, da primeira a quinta sessão, encontraremos que para *Empatia* houve um aumento de 7% para 40% e para *Facilitação* houve uma diminuição de 76% para 35%. Nas sessões 8 e 9, *Facilitação* apresenta percentuais mais altos que *Empatia* (*Facilitação*: sessão 8, 44%, e sessão 9, 61%; *Empatia*: sessão 8, 30%, e sessão 9, 26%), invertendo novamente na sessão 12 (*Facilitação*: 38%. *Empatia*: 47%).

Ainda quanto a *Fala Superficial*, a categoria *Solicitação de Relato* permaneceu próxima à linha do acaso na maioria das sessões, se elevando um pouco mais nas sessões 2, 4, 5 e 8 (18% nas sessões 1, 4 e 5 e 15% na sessão 8). *Interventivas* também permaneceu próxima a linha do acaso em quase todas as sessões, caindo nas sessões 2, 6, 9 e 12 (zero nas sessões 2 e 6, 1% na sessão 9 e 3% na sessão 12). Podemos inferir que o alto percentual de *Facilitação* e *Empatia* em resposta à *Fala Superficial* deve-se ao mesmo distanciamento emocional da terapeuta, uma vez que esta categoria é marcada pelo critério: (b) conta fatos que envolvem sua problemática, mas o foco está em terceiros (estilo “contador de histórias”). A terapeuta chega a levar essa questão para supervisão, em que contou que, segundo relato da cliente, o pai não falava muito da vida dele, de aspectos mais íntimos. Ao invés disso, “contava muita história”. A terapeuta indiretamente perguntou o que de semelhante a cliente via entre ela e o pai, mas a cliente apontou uma série de outras coisas que não este padrão de esquiva de assuntos mais íntimos, estilo contador de histórias. Como é possível verificar, T3 identificou o padrão de esquiva da cliente, realizou uma *Solicitação de Reflexão*, mas não obteve a resposta esperada e o assunto acabou não tendo maiores repercussões. A alta prevalência de *Facilitação* ou *Empatia* nas sessões indica que, na maioria das vezes, a terapeuta não encontrou meios de puxar a cliente para assuntos mais íntimos também em outros momentos da terapia, nem conseguiu colocar o comportamento em extinção, uma vez que este comportamento oscila, mas aparece em frequências altas em algumas sessões.

Em contraposição, para a categoria de comportamento da cliente *Demandas Indevidas*, houve uma predominância de *Interventivas* em todas as sessões (Figura 17E). Os percentuais de *Interventivas* oscilaram bastante, mas permaneceram bastante altos, sempre acima de 50% até a sessão 8, caindo para 44% na sessão 12. Para T3, a categoria *Interventivas* é representada, principalmente por *Informação* e *Outros*. Isso porque, uma vez que a cliente demandava da terapeuta respostas ou realizava solicitações referentes a técnicas que a ajudassem, T3 passava, na maioria das vezes, a explicar como não seria ela que iria dizer o que a cliente devia ou não fazer, dando informações sobre o funcionamento da terapia, no que dizia respeito a regras e objetivos (Zamignani, 2007).

É possível que a categoria *Interventivas* tenha cumprido a função de extinção do comportamento de *Demandas Indevidas*, uma vez que esse comportamento diminui até a sexta sessão. A elevação posterior que essa categoria já foi analisada na seção anterior, quando foram apresentados os percentuais dos comportamentos de cliente por sessão. Ao dar informações sobre o contrato terapêutico, a terapeuta evita fornecer o reforçador demandado pela cliente que seria respostas ou dicas aos seus problemas. Além disso, a aproximação tentada pela cliente acaba afastando ainda mais a terapeuta, como levantado na hipótese de que a terapeuta estava se distanciando emocionalmente da cliente.

Para perguntas de caráter mais pessoal da terapeuta, de maneira geral, T3 respondia às perguntas. Essas respostas às perguntas da cliente entravam nos critérios de “informações factuais” da categoria *Informação*, e de “opiniões pessoais sobre eventos” e “verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores” da categoria *Outros*.

Algumas vezes a terapeuta tentou analisar os comportamentos da cliente que envolviam as *Demandas Indevidas*, mas C3 se esquivava. O trecho a seguir, da sessão 4, ilustra uma dessas ocasiões:

*T3: Agora no final você falou, fala alguma coisa né? Como que é isso para você, o que você espera assim dessa nossa relação, como você espera que a gente interaja juntas, como é que é essa questão da resposta... [Solicitação de Reflexão]*

*C3: Aham, aham.*

*T3: Já apareceu em outras sessões também né. [Solicitação de Reflexão]*

*C3: Não sei, porque todo mundo fala, você faz terapia, vai ficar 2 anos só falando e ninguém te responde nada né. Quer dizer isso é a observação de um monte de gente, muita gente fala que quem vai no psiquiatra e psicólogo é porque ta louco né. Eu acho que ajuda sabe, eu falo um monte de coisa, agora claro que essas coisas fazem sentido para você, você entende de alguma forma que pode me dar uma resposta.*

*T3: Uhum.*

*C3: É isso que eu imagino, pode ser assim? [Demanda Indevida]*

*T3: Então é um processo, na verdade é assim, na terapia o terapeuta não vai dar a resposta. [Informação]*

*C3: Não, mas vai me guiando até... [Demanda Indevida]*

*T3: Vai ser uma construção junta né. Você vai contar, eu vou ouvir, a gente vai através das perguntas, a gente vai construindo junto alguma coisa. [Informação]*

....

*T3: Me fala um pouquinho mais dessa necessidade de ter, desses toques. [Solicitação de Relato]*

C3: Não, tipo assim, sei lá, eu fico preocupada com meu marido, de repente alguém chega aqui, não é psicólogo nem nada, tá na mão dele, você não tem o que fazer. Entendeu, isso.

T3: Isso resolve, esse toques?

C3: Eu não sei, mas se eu ouvir de um profissional eu acho que é uma coisa, se eu ouvir de um leigo é diferente.

T3: Mas aí é que tá.

C3: Não sei se nesse tipo, eu tava dando um exemplo meio assim, sei lá alguma coisa que eu esteja fazendo e que não seria bom, sei lá.

T3: Então, aí é que tá, o psicólogo, no papel de profissional aí é que não pode mesmo falar o que você deve fazer, exatamente por isso, as pessoas levam muito a sério. [Reprovação]

Nota-se no trecho acima que a terapeuta realiza uma *Solicitação de Reflexão* que é seguida por uma nova ocorrência de *Demanda Indevida*, em que T3 passa a dar *Informação* para a cliente sobre o funcionamento da terapia, padrão comum de interação entre as duas. Um pouco depois, T3 tenta novamente explorar a necessidade da cliente de receber “dicas” da terapeuta. Na medida em que a cliente vai relatando o que acredita estar por trás dessas solicitações, T3 acaba reprovando o comportamento da cliente. Ao invés, a terapeuta poderia coletar maiores informações dessa crença de que ouvir de um profissional uma opinião é diferente de ouvir de outras pessoas ou até mesmo tentar descobrir se de fato é a cliente acreditava nisso ou se se trata de mais uma esquivia.

Wielewicky et al. (2007) observaram que as terapeutas que relataram terem dificuldade com aproximações indevidas de clientes tenderam a distanciar-se deliberadamente do cliente ou explicitar seu desconforto. T3 parece oscilar entre as duas posturas, tentando em alguns momentos analisar alguns comportamentos da cliente que entram nesta categoria de *Demandas Indevidas*, mas acaba por voltar ao padrão anterior de emitir *Informação* e *Outros* ou reprova a cliente.

Alguns terapeutas, principalmente os iniciantes, parecem ficar mais sob controle do conteúdo das falas do cliente do que sob um conjunto maior de indicadores verbais e não verbais, sendo insuficientes as intervenções baseadas apenas no conteúdo, por não levarem em consideração a multiplicidade de variáveis que influenciam o que é dito (Meyer, 2009b). O trecho a seguir ilustra a análise feita do comportamento de *Demandas Indevidas* em supervisão pela participante T3 e sua supervisora:

T3: Com certeza! Eu acho que é até mais do que o cuidado. Eu acho que se nas primeiras sessões eu coloquei o cuidado como central, hoje eu colocaria a solidão. E talvez o cuidado como você falou, tipo é uma, é uma, é uma maneira até de estar junto, a maneira que ela, que ela esta, tá junto é o cuidado, talvez o cuidado faz com que, aproxima as pessoas dela. Porque ela cuida do pai, faz

com que o pai dependa dela. E ela falou isso na sessão “a gente era uma dupla, eu dependia dele e ele de mim”.

S: Aliás, eu acho que eu sublinhei essa frase.... Isso pra mim foi, realmente uma frase muito forte. Eu acho que aí tá, então as coisas pelo jeito principais também né?

....

T3: Por isso que ela dá presente tá dando dessa necessidade de aproximar né? Mas de, de, tá junto.

S: E é um junto que tem alguma coisa esquisita, porque poderia se junto de tantas outras formas né?

T3: Uhum.

S: Ela precisa do presente, precisa das perguntas, precisa da, faz dessa coisa que, você se sente invadida e o pai se sente invadido e o marido se sente invadido.

T3 entende as variáveis de controle deste comportamento, uma vez que foi analisado em supervisão, mas parece não conseguir intervir de acordo com a análise feita. Isso, como indicado por Wielewicki et al. (2007), é um repertório que provavelmente falta para T3 e que precisaria ser treinado.

Para o comportamento de *Atenuar* (Figura 17D) há uma predominância da categoria de *Facilitação* na maioria das sessões (sessões 1, 3, 4, 8 e 9), apesar de oscilar bastante entre as sessões. Até a sessão 4, a categoria *Interventivas* apresenta percentual zero. A partir da sexta sessão, *Interventivas* aumenta de percentual apresentando 35% na sexta sessão e 33% na 12ª sessão, e permanecendo próxima a linha do acaso nas sessões 8 e 9. A partir também da sessão 6, os percentuais de *Empatia* diminuem, chegando a percentual zero nas sessões 6 e 12.

Na categoria de comportamento *Oposição* (Figura 17C) há também uma predominância da categoria *Facilitação* na maioria das sessões (sessões 1, 2, 4, 6 e 12), apesar de também oscilar bastante entre as sessões. *Solicitação de Relato* oscila bastante, atingindo percentuais semelhantes à *Facilitação* nas sessões 3 e 5 (50 e 33%, respectivamente). Na sexta sessão apresenta o maior percentual, juntamente com a *Interventivas*, com 50%.

Tanto para a categoria de *Atenuar* quanto para *Oposição* não é possível notar uma tendência clara entre as categorias *Solicitação de Relato*, *Empatia* e *Interventivas*. Apenas para *Facilitação* é possível observar uma tendência clara, sendo a categoria com altos percentuais na grande maioria das sessões, de acordo com a tendência geral de intervenções de T3, como apresentado na Figura 16.

De maneira geral, é possível verificar que referente à T3, para todos os comportamentos da cliente, exceto *Demanda Indevidas*, há a predominância de *Facilitação*. Mesmo para *Demandas Indevidas*, em que há predominância da categoria *Interventivas*, esta apresenta alguma diminuição

nos percentuais no decorrer das sessões. O padrão de responder de T3 aos comportamentos de C3 que dificultavam o andamento da terapia não produziu, de maneira geral, alterações nesses comportamentos. Mesmo a diminuição vista em *Demandas Indevidas* até a sexta sessão, parece ser efeito de extinção e não efeito de uma mudança de padrão de interação da cliente que indicasse alguma melhora.

### 3.4. Cálculo de concordância

Na Tabela 14 são apresentados os Índices de Concordância pré e pós discussão das discordâncias das categorias.

**Tabela 14 - Índices de concordância total e por categorias pré e pós-discussão das categorizações entre pesquisadora e juíza com relação às falas de clientes nas sessões sorteadas.**

	C1		C2		C3	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Falta de Diálogo	8,6	75,8	43,1	86,5	35,6	58,3
Fala Superficial	55,9	74,5	0,0	100,0	0,0	20,0
Fala Irritada	0,0	58,8	-	-	-	-
Atenuar	50,0	84,2	41,1	65,6	0,0	60,0
Demanda Indevida	-	-	-	-	59,3	92,9
Oposição	0,0	77,8	50,0	61,9	0,0	100,0
Não categorizado	72,8	85,8	63,8	80,7	82,8	85,7
Total	50,9	75,9	52,6	77,5	67,8	79,5

É possível verificar na Tabela 14 como após as discussões das categorias, o Índice de Concordância melhorou em todas as categorias para as três clientes, apesar de, para algumas categorias, o Índice de Concordância ainda ser baixo. O Índice de Concordância total também apresentou melhora. Este resultado está de acordo com Tourinho et al. (2007), que realizaram cinco estudos com vistas ao desenvolvimento de uma metodologia para a análise de verbalizações de terapeutas analítico-comportamentais. Em um dos estudos, a variável manipulada foi a introdução de um juiz, cujas categorizações não haviam sido discutidas com outros dois, que realizavam suas categorizações independentemente e depois as discutiam na fase de treino. Observou-se que o índice de concordância dos juízes que discutiam suas categorizações era mais alto quando



comparado àquele que não havia participado da discussão. Este procedimento de treino com discussão da categorização foi utilizado por outros autores, entre eles o de Martin et al., (1986), Patton et al., (1997) e Westra et al. (2011).

Ainda, Tourinho et al. (2007) verificaram que índices de concordância mais altos são encontrados em categorizações em que foram realizados treino prévio em comparação às categorizações realizadas apenas com a leitura da categorias, indicando que a familiarização com o sistema de categorização parece ser uma variável relevante para obter índices de concordância altos. O que vem sendo discutido até aqui indica que as descrições das categorias não seriam suficientes para garantir a familiarização com os sistemas de categorias e o treino prévio à categorização cumpriria este papel. Parece, assim, ser necessário que, antes que o cálculo de concordância seja feito, fornecendo o grau de fidedignidade de uma pesquisa, haja uma concordância entre os juízes a respeito dos comportamentos que entram ou não nas categorias, o que incluiria ter contato com as sessões e os comportamentos dos participantes da pesquisa. Nesta linha um dos meios usado para se ter maior garantia de que os juízes estão de familiarizados com o sistema de categorias é a alternativa encontrada por alguns autores, que optaram por manter o juiz em treino até ele atingir um determinado índice de concordância, ou índice *Kappa* (Bishoff & Tracey, 1995; Watson & McMullen, 2005).

A Tabela 15 apresenta a frequência absoluta das alterações de categorias realizadas pela pesquisadora e pela juíza e as mudanças nas descrições das categorias.

**Tabela 15 - Frequências absolutas de mudanças realizadas nas descrições das categorias e de alterações feitas nas categorizações de pesquisadora e juíza após discussão de discrepâncias.**

	C1			C2			C3		
	Pesquisadora	Juíza	Descrição da categoria	Pesquisadora	Juíza	Descrição da categoria	Pesquisadora	Juíza	Descrição da categoria
Falta de Diálogo	2	20	2	9	28	1	9	8	2
Fala Superficial	1	0	3	0	5	0	3	0	3
Fala Irritada	0	20	0	-	-	-	-	-	-
Atenuar	1	5	0	1	8	1	5	4	0
Demanda Indevida	-	-	-	-	-	-	0	11	4
Oposição	0	7	0	0	2	0	0	12	0
Não categorizado	13	14	-	0	12	-	4	1	-
Total	17	66	5	10	55	2	21	36	9

Para C1 foi possível observar que, apesar dos Índices de Concordância melhorarem após a discussão das categorias, *Fala Irritada* ainda apresentou um índice mais baixo que os demais, mas que pode ser explicado pela baixa ocorrência dessa categoria de comportamento nesta sessão. A categoria de *Fala Irritada* teve ainda um alto número de alterações por parte da juíza após a discussão das categorias, uma vez que esta categoria não apareceu na sessão 1, considerada a de treino. A pesquisadora precisou ainda selecionar trechos de outras sessões para ilustrar as diferenças das topografias de respostas da cliente quando esta estava irritada e quando não estava, além de diferentes graus de irritação.

Essa dificuldade de conseguir um grau de concordância para *Fala Irritada* apenas com a descrição da categoria e discussão entre pesquisadora e juíza acerca dos critérios das categorias sem trechos ilustrativos das sessões, demonstra a complexidade do comportamento, em que diferentes topografias de diferentes intensidades podem ser incluídas numa mesma classe de respostas. Ainda esse tipo de resposta emocional inclui diferentes propriedades dinâmicas do comportamento verbal vocal (tom e inflexão de voz, alterações em sua velocidade ou força), expressões faciais e gestos ilustrativos (Zamignani, 2007) que podem tornar o evento ambíguo no momento do observador optar por uma categoria, e contribuir para baixos graus de concordância ou na imprecisão da descrição da categoria (Zamignani & Meyer, 2007). Oliveira-Silva e Tourinho (2006) e Tourinho et

al. (2007) também observaram que a complexidade da sessão ou da categoria gerava índices de concordância mais baixos.

A categoria *Oposição* também se mostrou difícil de enxergar apenas com a descrição da categoria pela sutileza da *Oposição* realizada pela cliente. Isso se repetiu também para C3. Para esses casos, o que pode ter ocorrido foi que quando se considera a categoria *Oposição*, a maioria dos critérios pressupõe uma discordância ou expressão de insatisfação diretas ou mesmo ironia ou sarcasmo indicando tal *Oposição*. Para essas clientes a *Oposição* era feita muitas vezes em tom agradável tornando sua interpretação difícil. A maior exposição ao caso clínico auxiliou no aumento do grau de concordância, o que está de acordo com os dados de Tourinho et al. (2007).

A *Oposição* de C2 ainda incluiu comportamentos diferentes das outras clientes. Assim, a baixa concordância inicial desta categoria pode ser explicada pela não familiaridade da juíza com este critério uma vez que a sessão desta cliente foi a última a ser categorizada. O mesmo pode ter acontecido com *Falta de Diálogo* também para C2. A baixa concordância pós-discussão para *Oposição* de C2 pode ser decorrente da complexidade da categoria que incluía comportamentos não vocais para esta cliente.

Podemos, assim, pressupor que essas categorias mais complexas, que possuem critérios que incluem comportamentos não vocais e tom emocional, necessitam de maior quantidade de treino dos categorizadores para que possam ser obtidos maiores índices de concordância, o que está de acordo com Tourinho et al. (2007) Uma maior quantidade de treino poderia também aumentar a familiaridade com as categorias que apresentam critérios individuais para diferentes participantes.

Já *Falta de Diálogo* para as clientes C1 e C3 possuíam problemas nas definições, o que acarretou na juíza alterar algumas de suas escolhas. Além disso, o critério (d) apresentar enorme fluência na fala (não respeita pontuações e fala com velocidade alta, podendo “engolir” sílabas das palavras) de *Falta de Diálogo* se mostrou bastante problemático. Isso afetou na categorização de C3 que aumentava e diminuía a fluência numa mesma fala o que gerava confusão no momento da categorização. Ainda, houve vezes em que C3 apresentava uma sequência de falas aceleradas e quando ela desacelerava, o categorizador tinha um pouco de dificuldade de identificar isso. Em outros momentos ela pausava para respirar, mas continuava falando, só que mais devagar.

Para C2, *Atenuar*, além de incluir critérios com comportamentos não vocais, apresentou um grande impacto na juíza que ficou bastante incomodada com tal característica de C2. Para a participante C2 a categoria *Atenuar* é dada aos comportamentos considerados pelos seus terapeutas como apatia, falta de energia, além de contenção de alguns sentimentos. O incômodo da juíza pode ser contrastado com a alta ocorrência dessa categoria em sua categorização, mesmo quando outras categorias poderiam ter sido escolhidas por terem prioridade sobre *Atenuar*, ou algum critério de

exclusão indicava que ela não deveria ser selecionada. Assim, esta característica do comportamento de C2 se mostrou forte estímulo, interferindo na categorização da juíza.

Isso pode ter sido facilitado devido a todas as categorias referirem a comportamentos problema de clientes em sessão e pela juíza conhecer a pergunta de pesquisa do presente trabalho. Essa segunda razão é enfraquecida pelo fato de transcritores relatarem incômodos e outros sentimentos negativos decorrentes de comportamentos de cliente ou terapeuta em sessão, e não conhecerem a pergunta de pesquisa do trabalho.

Em contraposição, *Atenuar* para C3 pareceu ser um estímulo fraco para a pesquisadora, que se atentou mais aos comportamentos de *Falta de Diálogo*, *Fala Superficial*, *Demandas Indevidas* e *Oposição*, considerados por ela mais relevantes para o caso. Durante todo o processo de análise de dados, a pesquisadora voltava para os dados de supervisão e questionário pós-sessão a fim de evitar ao máximo que suas interpretações e reações emocionais acerca das sessões controlassem sua análise, utilizando-se recorrentemente desse material para retomar a perspectiva do terapeuta sobre o que era relevante e eliciador de sentimentos negativos. Del Prette (2011) e Oshiro (2011) refutam a “neutralidade científica” em pesquisa clínica na medida em que é impossível eliminar o viés do categorizador sobre o seu objeto de análise, podendo ser útil colocar suas respostas sob os mesmos controles encobertos do terapeuta na condução do caso. Ou, ainda, aumentar a quantidade de treino do sistema de categorias, poderia auxiliar que os critérios das categorias passassem a exercer maior controle no momento da categorização e pudesse ocorrer das reações emocionais eliciadas, na medida em que o categorizador é exposto ao comportamento por mais tempo, antes de realizar a categorização que entrará no cálculo final de concordância.

Para C3, *Fala Superficial* apresentou Índice de Concordância pós-discussão bastante baixo, com três alterações nas descrições da categoria. As alterações referiam-se a considerar o momento da terapia para classificar uma fala como superficial, mas este critério pareceu gerar muita discordância entre pesquisadora e juíza acerca do que seria relevante ou não em diferentes momentos da terapia. *Demandas Indevidas*, que só apareceu para C3, também apresentou alguns problemas na descrição da categoria, sendo necessário realizar quatro alterações, o que resultou na juíza alterar sua categorização em 11 falas após a discussão com a pesquisadora.

#### 4. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo investigar a interação terapêutica em sessões avaliadas pelo terapeuta como geradoras de sentimentos negativos. Nesta linha, pretendeu-se verificar (1) se o terapeuta alterava, no decorrer do processo terapêutico, sua resposta aos comportamentos do cliente que eliciavam nele (o terapeuta) sentimentos negativos, demonstrando que estava sensível ao impacto de suas intervenções no comportamento do cliente e vice-versa; e (2) se houve diminuição destes comportamentos do cliente, sendo, mesmo que indiretamente, uma medida de eficácia das intervenções terapêuticas.

Para isso, foram filmadas sessões de três terapeutas analítico-comportamentais (T1, T2a e T2b) e uma estudante de psicologia (T3) e seus clientes. As terapeutas responderam a questionário pós-sessão durante todo o período de coleta de dados com o objetivo de identificar a ocorrência de sentimentos negativos nas sessões. Os comportamentos de terapeuta foram categorizados com o Sistema Multidimensional de Categorização da Interação Terapêutica. Para os comportamentos de clientes foram elaboradas categorias com o auxílio das transcrições dos áudios das supervisões.

Os resultados encontrados, utilizando-se de observação direta da interação terapêutica, fortalecem os apresentados pela literatura (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003; Klinger et al., 2011; Oliveira & Vandenberghe, 2009 Pope & Tabachnick, 1993), que fizeram uso de entrevistas ou questionários para ter acesso às atuações dos terapeutas quando estes experimentavam sentimentos negativos em relação aos seus clientes. Quatro comportamentos eliciaram sentimentos negativos em todas as terapeutas, sendo eles *Falta de Diálogo*, *Fala Superficial*, *Oposição* e *Atenuar*, que se constituíram como comportamentos que dificultaram o andamento da terapia. Estes comportamentos se assemelham aos apresentados pela maioria destes estudos, que constituíam de comportamentos de resistência, de hostilidade ou de expressão de sentimentos negativos por parte do cliente (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Najavits, 2001; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Sousa & Vandenberghe, 2007; Westra et al., 2011).

Dois outros comportamentos se mostraram como problemas idiossincráticos de C1 e C3, sendo eles *Fala Irritada* e *Demandas Indevidas*, respectivamente. Apesar de cada um desses comportamentos terem sido observados apenas em um cliente, é possível observar relatos de ocorrências de comportamentos similares também em outros estudos, (Brody & Farber, 1996; Falcone & Azevedo, 2004; Hill et al., 2003; Klinger et al., 2011; Oliveira & Vandenberghe, 2009 Pope & Tabachnick, 1993)

Quanto às intervenções realizadas em resposta a esses comportamentos, houve prevalência das categorias *Facilitação*, *Empatia* e *Solicitação de Relato* para todas as terapeutas, replicando

dados obtidos por Oshiro (2011) e Sadi (2011) para clientes que apresentam comportamentos que dificultam andamento da terapia. Além disso, *Facilitação* e *Empatia* apresentaram muitas vezes padrões de ocorrência diferenciados. Por ser uma intervenção mais ativa que *Facilitação*, um maior percentual de *Empatia* pode indicar que o terapeuta está de fato conseguindo compreender seu cliente, o que pode não estar acontecendo quando *Facilitação* possui maiores percentuais. Entretanto, *Empatia* possui alguns critérios considerados mais passivos, e que a aproximam da categoria de *Facilitação*. Assim, análises posteriores poderiam buscar entender a natureza da categoria *Empatia* nos casos apresentados no presente trabalho, a fim de compreender melhor os padrões encontrados para *Facilitação* e *Empatia*.

A categoria *Facilitação*, portanto, parece indicar problemas na condução do caso. Isso aconteceria quando houvesse predominância muito acentuada desta categoria em relação às demais, como no caso de T3 e Sadi (2011), ou quando apresentasse percentuais muito baixos, como em T2b. Para T1 e no estudo de Oshiro (2011), a *Facilitação* apresentava proporções próximas de outras categorias do terapeuta, sendo casos que apresentaram bons resultados, uma vez que os clientes permaneceram em terapia mesmo após a coleta de dados, e apresentaram comportamentos de melhora nas sessões de terapia.

No presente estudo, apesar das categorias de comportamento focarem naqueles que eliciavam sentimentos negativos, T1 foi capaz de mudar a função do comportamento *Fala Irritada*, inicialmente visto como um comportamento que dificultava o andamento da terapia, passando a enxergá-lo como um comportamento de melhora, que indicava também, um maior vínculo entre cliente e terapeuta. As demais clientes, não apresentaram, de maneira geral, diminuição nos comportamentos estudados, sendo que C2 teve uma tendência de aumento para os comportamentos de *Falta de Diálogo*, *Fala Superficial* e *Atenuar*, interrompendo prematuramente a terapia. Para C2, o abandono da terapia pode ser atribuída em parte à tendência de diminuição apresentada na categoria *Interventivas*, mas também à discrepância entre as atuações das terapeutas para os comportamentos da cliente (exceto *Oposição*).

A categoria *Interventivas* apresentou diferentes tendências dependendo do resultado da terapia e dos padrões apresentados pelos comportamentos de cliente, como observado para C2. Assim, C1, que apresentou queda nos comportamentos *Falta de Diálogo* e *Atenuar*, assim como elevação em comportamento de melhora (*Fala Irritada*), apresentou tendência de aumento nos percentuais de *Interventivas* por parte de T1 em resposta a esses comportamentos. Ao mesmo tempo, a estabilidade dos comportamentos de C3 pode estar relacionada à estabilidade e baixa frequência desta categoria (*Interventivas*).

Foi possível observar também que as terapeutas responderam diferencialmente aos comportamentos das clientes, indicando que cada uma delas conseguia lidar melhor com alguns dos

comportamentos que com outros. Para T2a, por exemplo, houve um aumento acentuado de *Facilitação* para o comportamento *Atenuar*, sendo este um dos comportamentos que mais geravam incômodo na terapeuta. Já para *Fala Superficial*, T2a teve seu repertório modelado, em que passou a emitir mais *Solicitação de Relato* e *Empatia*, havendo uma diminuição deste comportamento. Já para T3, houve predominância de *Facilitação* em resposta aos comportamentos da cliente, exceto *Demandas Indevidas*, em que houve maior emissão da categoria *Interventivas* por parte da terapeuta. Este comportamento da cliente era um dos que mais eliciavam sentimentos negativos na terapeuta.

Foram replicados também os dados de Oshiro (2011), Sadi (2011) e Zamignani (2007) referentes à duração e ocorrência para as categorias *Interpretação* e *Facilitação*. *Interpretação* possuiu maiores percentuais de palavras que de ocorrência, e *Facilitação* apresentou percentuais mais altos para ocorrência da categoria. Número de palavras é considerado uma medida indireta de duração da categoria, e o uso de ambas as dimensões evita uma supervalorização de categorias como a de *Facilitação*, que possui verbalizações mínimas e, portanto, curta duração. Já a categoria *Interpretação*, habitualmente, possui longos segmentos de verbalização, podendo ser subestimado se se utilizasse somente o percentual de ocorrência (Oshiro, 2011; Sadi, 2011; Zamignani, 2007).

Quanto ao aspecto metodológico, o questionário pós-sessão não se mostrou suficiente para obter todas as informações necessárias sobre sentimentos negativos do terapeuta, assim como os comportamentos que eliciavam estes sentimentos. Os registros de supervisão cobriram esta insuficiência dos questionários, sendo possível obter informações para a elaboração das categorias de comportamento de clientes.

Como ponderado por De Rose (1997), é necessário um repertório de auto-observação bem instalado para que o relato da pessoa a respeito de seu comportamento seja confiável. Nesse sentido, analisar sessões de terapia por meio de registro em vídeo pode apresentar informações que podem não ter sido relatados pelo terapeuta por diferentes razões, entre elas: (1) o terapeuta não se lembrou destas informações; (2) o terapeuta não estava consciente das contingências em vigor na medida em que não era capaz de descrevê-las; ou (3) outras variáveis controlavam seu relato.

O mesmo parece ser verdade quanto aos dados de supervisão. Isso pôde ser observado com a participante T2a que relatou sentimentos negativos em apenas um questionário pós-sessão, o que não condizia com seus relatos em supervisão. Cabe lembrar que esta participante respondeu a alguns questionários depois um tempo em que as sessões ocorreram, podendo-se atribuir a divergência de relatos ao fato de não se recordar do sentimento experimentado ou outras variáveis influenciando seu relato. Mostrou-se aí a superioridade de um registro da situação natural quando comparado ao questionário. Todavia, é importante ressaltar que o questionário pós-sessão é um instrumento que foi criado para o presente estudo, não tendo sido testado anteriormente.

Os dados de supervisão também auxiliaram na elaboração das categorias e nas categorizações das sessões. Como era de interesse categorizar os comportamentos das clientes que eliciavam sentimentos negativos nas terapeutas, as transcrições das supervisões contribuíram para que a pesquisadora tivesse o maior número de informações possíveis a respeito da perspectiva da terapeuta sobre o que ocorria nas sessões. Isso se mostrou importante também, uma vez que os comportamentos das clientes também eliciavam sentimentos negativos na pesquisadora, e que não necessariamente eram os mesmo comportamentos descritos pelas terapeutas.

Essa diferença no que elicia sentimentos negativos em diferentes pessoas teve repercussões no cálculo de concordância, em que a juíza, para categorização de C2, apresentou alta ocorrência da categoria *Atenuar*, mesmo quando outras categorias poderiam ter sido selecionadas. Esta categoria mostrou-se como forte estímulo, provavelmente, por questões pessoais da juíza, que ficou muito incomodada com esta característica do comportamento de C2.

A respeito do cálculo de concordância, o treino de categorização parece ser essencial para obter maiores índices de concordância, a fim de aumentar a familiarização com o sistema de categorias, principalmente para categorias mais complexas, e diminuir o viés do categorizador frente ao seu objeto de análise. Parece útil ainda, critérios topográficos e de contexto na descrição das categorias. A categoria *Fala Superficial* não conseguiu atingir bons índices de concordância para C3 mesmo após a discussão entre pesquisadora e juíza, devido à falta de clareza do que poderia ser considerado superficial em diferentes momentos do processo terapêutico.



## 5. REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A. (1997). Tendências neo-behavioristas na terapia comportamental: Uma análise sobre a relação terapêutica. In: P. F. Castro (Org), *Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica da Universidade Mackenzie* (pp. 36-43). São Paulo, São Paulo.
- Baptistussi, M. C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-59.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in Psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Psychotherapy in Practice*, 58(2), 207-217.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., & Harwood, M. (2003). A New Twist on Empirically Supported Treatments. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 423-437.
- Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 487-495.
- Braga, G. L., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 307-314.
- Brandão, F. S., & Meyer, S. B. (2003). Considerações sobre expressividade emocional na prática clínica: Um levantamento teórico preliminar. In: M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. M.; V. M. Silva, & S. M. Oliane. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação*. (pp. 232-239). Santo André: ESETec.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, 33(3), 372-380.
- Callaghan, G. M. (2006). Functional analytic psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(3), 416-431.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford & New York: Oxford University.
- Cautilli, J., & Connor, L. S. (2000). Assisting the client/consultee to do what is needed: A functional analysis of resistance and other forms of avoidance. *The Behavior Analyst Today*, 1(3), 37-42.
- Chamberlain, P., & Ray, J. (1988). The Therapy Process Code: A multidimensional system for observing therapist interactions in family treatment. In: R. J. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Cap. 4, pp. 189-217). Greenwich. CT: JAI.

- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kanavagh, K., & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia funcional-analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade. In: B. Rangé (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 19-33). Porto Alegre: Artmed.
- Cordova, J. V., & Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. In: S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher, (Eds.) *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy* (pp. 141-148). Reno: Context Press.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A Behavioral Interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.
- de Rose, J. C. C. (1997). O Relato Verbal segundo a perspectiva da Análise do Comportamento: contribuições conceituais e experimentais. In: B. Prado Jr. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição, Vol. 1: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. (1ª ed.), (pp. 148-163). Santo André: ESETec.
- 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. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Delliti, M. (1993). O uso de encobertos na Terapia Comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 41-46.
- Donadone, J. C. (2004). *O uso de orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Donadone, L. C. (2009). *Análise de contingências do uso de orientação e auto-orientação em intervenções clínicas comportamentais*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Falcone, E. M., & Azevedo, S. V. (2004). Um estudo sobre a reação de terapeutas cognitivo-comportamentais frente à resistência de pacientes difíceis. In: E. F. Silvares (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea.
- Fiquer, J. T. (2010). *Comunicação não verbal e depressão: uso de indicadores não verbais para a avaliação de gravidade, melhora e prognóstico*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 922-926.
- Fuller, F., & Hill, C. E. (1985). Counselor and Helpee Perceptions of Counselor Intentions in Relation to Outcome in a Single Counseling Session. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 329-338.

- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas em pesquisa social* (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Atlas.
- Golden, B. R., & Robbins, S. B. (1990). The Working Alliance Within Time-Limited Therapy: A Case Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6), 476-481.
- Guilhardi, H. (1997). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica? In: R. A. Banaco, (Org.) *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 322-337). Santo André: ARBytes Editora.
- Guilhardi, H. J. (2002). A resistência do cliente a mudanças. In: H. J. Guilhardi, M. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz, (Orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 133-156). Santo André: ESEtec.
- Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R., & Gomez, M. (1992). Client behavior in counseling and therapy sessions: Development of a pantheoretical measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 539-549.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted cliente anger: factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13(4), 475-491.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist Retrospective Recall of Impasses in Long-Term Psychotherapy: A Qualitative Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207-217.
- Horvath A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438-448.
- Kameyama, M., Villas-Bôas, A., & Meyer, S. B. (2010). Reflexões teórico-práticas da experiência da supervisão na prática clínica e a produção de conhecimento. *Anais do XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (Trabalho apresentado na XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campos do Jordão, SP)
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., et al. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463-467.
- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- Kimerling, R. E., Zeiss, A. M., & Zeiss, R. A. (2000). Therapist Emotional Responses to Patients: Building a Learning-Based Language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 312-321.
- Kivlighan, Jr., D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of Working Alliance Development: A Typology of Client's Working Alliance Ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371.

- Klinger, R. S., Ladany, N., & Kulp., L. E. (2011). It's Too Late to Apologize: Therapist Embarrassment and Shame. *The Counseling Psychologist*, 29, published online. DOI: 10.1177/0011000011416372.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. (R. R. Kerbauy, Trad.) Santo André: ESEtec.
- Lhullier, A. C. & Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Ciência e Profissão Diálogos*, 1, 43-49.
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. DOI: IO.I037//0022-006X.68.3.438.
- Martin, J. Martin, W., & Slemon, A. G. (1987). Cognitive Mediation in Person-Centered and Rational-Emotive Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 251-260.
- Martin, J., Martin, W., Meyer, M., & Slemon, A. (1986). Empirical Investigation of the Cognitive Mediation Paradigm for Research on Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 115-123.
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamentalia*, 8(2), 215-225.
- Meyer, S. B. (2009a). *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.
- Meyer, S. B. (2009b) Comportamento verbal no ambiente da supervisão. Trabalho apresentado na mesa: A intervenção clínica na Análise do Comportamento e a questão do comportamento verbal. *Jornada de Análise do Comportamento*, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Meyer, S. B., & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. In: B. Range, *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B., Oshiro, C., Donadone, J. C., Mayer, R. C. F., & Starling, R. R. (2008). Subsídios da obra Comportamento Verbal de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 105-118.
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twining, L., Samstag, L. W., & Winston. A. (1995). Linking In-Session Change to Overall Outcome in Short-Term Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 651-657.
- Najavits, L. M. (2001). Helping "difficult" patients. *Psychotherapy Research*, 11(2), 131-152.
- Najavits, L. M., Griffin, M. L., Frank, A., Liese, B. S., Luborsky, L., Weiss, R. D., Thompson, H., Nakayama, E., & Siqueland, L. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy*, 32, 669-677.
- Newman, C. E. (1994). Understanding Client Resistance: Methods for Enhancing Motivation to Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 47-69.

- Oliveira, J. A., & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting Experiences for the Therapist In-Session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 231–245. DOI: 10.1037/a0017070.
- Oliveira-Silva, M. C., & Tourinho, E. Z. (2006). Avaliação de duas condições de treino de categorizadores de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VIII(1), 39-57.
- Omer, H. (1997). *Intervenções críticas em psicoterapia: do impasse ao início da mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oshiro, C. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the Behavior Modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Patton, M. J., Kivlighan, Jr., D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of Changes in Counseling Process to Client Outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189-208.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' Anger, Hate, Fear, and Sexual Feelings: National Survey of Therapist Responses, Client Characteristics, Critical Events, Formal Complaints, and Training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142-152.
- 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, 201-209.
- Reeder, D. J., & Schatte, D. J. (2011). Managing Negative Reactions in Forensic Trainees. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law online*, 39, 217–221.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473-483.
- Rossi, P. R. (2011). *Categorização de sessões iniciais de psicoterapias bem e mal sucedidas*. Projeto de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rush, A. J., & Shaw, B. F. (1983). Failure in treating depression by cognitive therapy. In: E. B. Foa & P. G. M. Emmelkamp (Orgs.), *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Sadi, H. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-412.

- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behavior therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213-226.
- Schuller, R., Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1991). The Resistance Scale: Background and psychometric properties. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 195-211.
- Silvestre, R. L. S., & Vandenberghe, L. (2008). The therapist's feelings. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 4, 355-359.
- Skinner, B. F. (1967). *Ciência e Comportamento Humano*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes Boderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX(1), 1-11.
- Sturme, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & sons.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27(3), 160-165.
- Taccola, P. A. (2007). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Tourinho, E. Z., 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 Cognitiva*, IX(2), 317-336.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of Working Alliance to Mutual and Unilateral Termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.
- 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.
- Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An examination of therapist and client behavior in high- and low-alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 297-310.
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2011). Therapist Emotional Reactions and Client Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0023200.

- Wielewicki, M. G., da Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2007). Problemas enfrentados por terapeutas analítico-comportamentais em sua prática clínica. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 24(1), 61-68.
- Zamignani, D. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal no contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 241-259.

## **ANEXO 1**

### **TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE RESPONSABILIDADE**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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 investigar o que acontece na supervisão do seu atendimento. Os dados obtidos das suas sessões serão usados como embasamento para a eficácia da supervisão. A supervisão faz parte da formação do psicólogo em que, um profissional mais experiente (mínimo de 5 anos de experiência em atendimento clínico) auxilia o psicólogo em formação ou o estudante de psicologia na formulação das análises dos relatos dos clientes. Além disso, são objetivos da supervisão fortalecer o embasamento teórico do terapeuta, estabelecer uma conduta ética e garantir a capacidade de atuação do terapeuta junto ao cliente. Supervisões podem ser realizadas em grupo ou individualmente.

A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados de observação e questionário que por você serão respondidos. Esse questionário avaliará o modo como você pensa ou sente acerca de seu terapeuta. Seu terapeuta não terá acesso a essas informações.

As sessões deverão ser filmadas e gravadas bem como observadas através de espelho unidirecional, caso este esteja presente na sala, por profissionais autorizados pelo terapeuta. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

As informações obtidas por meio de questionário e gravação das sessões serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados. Dados como locais de trabalho, cidades, nível de formação, local de formação, entre outros, não serão fornecidos, sendo substituídos por termos genéricos para impedir a identificação do participante por meio destas informações. Somente os pesquisadores do laboratório terão acesso às filmagens, assumindo o compromisso de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Este procedimento, em princípio, não traz riscos ou desconfortos. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma. Caso desista de participar da pesquisa seu atendimento psicológico terá continuidade, sendo resguardado seu direito.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail [mkameyamapesquisa@yahoo.com.br](mailto:mkameyamapesquisa@yahoo.com.br).

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sonia B. Meyer  
CRP 06 / 8869  
RG 4315790  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

\_\_\_\_\_  
Marcia Kameyama  
CRP 06 / 89687  
RG 30717396-3  
Psicóloga e aluna do Mestrado do  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia d USP

Telefone: (11) 3091-4173

Endereço: Bloco F, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo – Brasil

.....  
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 de observação e questionários sejam realizados e utilizados para a coleta de dados.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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 os objetivos de investigar os relatos, em supervisão, de sentimentos suscitados em sessão por clientes resistentes e como isso afeta o andamento da sessão.

A participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados de observação e questionários que por você serão respondidos. Você responderá a dois tipos de questionários: o Inventário de Aliança Terapêutica, que avaliará o modo como você pensa ou sente acerca de seu cliente. Seu cliente não terá acesso a essas informações; e Questionário Pós-Sessão, que visa (1) identificar se alguma situação aversiva ocorreu ou não, (2) como você atuou nesta situação, (3) qual foi o sentimento que você teve durante esta situação, (4) a que o terapeuta atribui o comportamento do cliente.

As sessões e supervisões deverão ser filmadas e gravadas bem como observadas através de espelho unidirecional, caso este esteja presente na sala, por profissionais autorizados pelo terapeuta. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

As informações obtidas por meio de questionários e gravação das sessões serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados. Dados como locais de trabalho, cidades, nível de formação, local de formação, entre outros, não serão fornecidos, sendo substituídos por termos genéricos para impedir a identificação do participante por meio destas informações. Somente os pesquisadores do laboratório terão acesso às filmagens, assumindo o compromisso de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Este procedimento, em princípio, não traz riscos ou desconfortos, tanto ao terapeuta quanto ao cliente. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail [mkameyamapesquisa@yahoo.com.br](mailto:mkameyamapesquisa@yahoo.com.br).

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

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

---

Marcia Kameyama  
CRP 06 / 89687  
RG 30717396-3  
Psicóloga e aluna do Mestrado do  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

Telefone: (11) 3091-4173

Endereço: Bloco F, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo – Brasil

.....  
Eu, \_\_\_\_\_, 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 de observação e questionários sejam realizados e utilizados para a coleta de dados.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro(a) supervisor,

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 os objetivos de investigar os relatos, em supervisão, de sentimentos suscitados em sessão por clientes considerados difíceis e como isso afeta o desempenho do terapeuta em sessão.

A participação é voluntária. A sua participação consistirá na supervisão dos terapeutas que aceitem participar da pesquisa e que atendam clientes difíceis. A supervisão deverá ser gravada em áudio. A interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento.

Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados obtidos nessas gravações de áudio. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados. Dados como locais de trabalho, cidades, nível de formação, local de formação, entre outros, não serão fornecidos, sendo substituídos por termos genéricos para impedir a identificação do participante por meio destas informações. Somente os pesquisadores do laboratório terão acesso às gravações, assumindo o compromisso de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Este procedimento, em princípio, não traz riscos ou desconfortos, ao supervisor, ao terapeuta e ao cliente. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail [mkameyamapesquisa@yahoo.com.br](mailto:mkameyamapesquisa@yahoo.com.br).

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sonia B. Meyer  
CRP 06 / 8869  
RG 4315790  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

\_\_\_\_\_  
Marcia Kameyama  
CRP 06 / 89687  
RG 30717396-3  
Psicóloga e aluna do Mestrado do  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

Telefone: (11) 3091-4173

Endereço: Bloco F, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo – Brasil

.....  
Eu, \_\_\_\_\_, 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 de observação e questionários sejam realizados e utilizados para a coleta de dados.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Um dos membros do seu grupo de supervisão aceitou participar de uma pesquisa que tem os objetivos de investigar os relatos, em supervisão, de sentimentos suscitados em sessão e os processos relacionados ao atendimento terapêutico, e que será realizada pelo Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo.

Para tanto é requerido que filmemos as sessões do grupo de supervisão em que ele(a) participa e que vocês compartilham.

Pedimos a sua colaboração, nos comprometendo a utilizar apenas os relatos deste participante e os dados de discussão do caso que ele atende. As informações obtidas por meio das gravações da supervisão serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados. Dados como locais de trabalho, cidades, nível de formação, local de formação, entre outros, não serão fornecidos, sendo substituídos por termos genéricos para impedir a identificação do participante por meio destas informações. Somente os pesquisadores do laboratório terão acesso às gravações, assumindo o compromisso de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

A participação é voluntária. Este procedimento, em princípio, não traz riscos ou desconfortos, tanto ao terapeuta quanto ao cliente. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma.

Qualquer informação adicional acerca desta pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail mkameyamapesquisa@yahoo.com.br.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sonia B. Meyer  
CRP 06 / 8869  
RG 4315790  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

\_\_\_\_\_  
Marcia Kameyama  
CRP 06 / 89687  
RG 30717396-3  
Psicóloga e aluna do Mestrado do  
Departamento de Psicologia Clínica  
do Instituto de Psicologia da USP

Telefone: (11) 3091-4173

Endereço: Bloco F, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo – Brasil

.....  
Nós nos consideramos informados sobre a pesquisa aqui descrita, realizada pelo Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo, e aceitamos participar da mesma, consentindo que os dados de observação e questionários sejam realizados e utilizados para a coleta de dados.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do integrante	Assinatura

Supervisor	Assinatura

## ***TERMO DE RESPONSABILIDADE***

Prezados juízes e terapeuta-pesquisadora,

O presente estudo intitulado “*Efeitos de relatos de sentimentos em supervisão sobre o desempenho em sessão do terapeuta analítico-comportamental*” é uma pesquisa de mestrado de Marcia Kameyama e está sob orientação da Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção dos participantes e do material utilizado:

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

.....

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

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXO 2**  
**QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO**

**QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sessão nº.: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

1. O cliente emitiu algum desses comportamentos em sessão?

	Discordar ou se opor explicitamente ao que o terapeuta diz.
	Relatar que não cumpriu/ seguiu tarefas ou recomendações, embora tenha concordado com ou aceitado.
	Ressentir-se por ter se engajado em tarefa ou seguido recomendação do terapeuta.
	Ignorar o que o terapeuta diz e faz.
	Galanteios excessivos dirigidos ao terapeuta.
	Falar superficialidades
	Outros. Especifique: _____ _____

2. Como você respondeu a esse(s) comportamento(s)? Especifique a sua ação para cada comportamento emitido pelo cliente.

---

---

---

3. O que você sentiu nestas situações?

---

---

---

4. A quais variáveis você atribui sua ação para o comportamento que o cliente emitiu?

---

---

---

5. A que você atribui os comportamentos do cliente que você selecionou acima?

---

---

---

Use o verso da folha para fazer qualquer observação que queira, contar o que aconteceu em sessão ou caso os espaços para respostas das questões não forem suficientes.