

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

DANIEL AFONSO ASSAZ

**Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso
(ACT): O processo de mudança clínica**

São Paulo

2019

DANIEL AFONSO ASSAZ

**Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso
(ACT): O processo de mudança clínica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo

2019

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

Assaz, Daniel Afonso

Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): O processo de mudança clínica / Daniel Afonso Assaz; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro – São Paulo, 2019, 294 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Terapia de Aceitação e Compromisso. 2. Desfusão Cognitiva. 3. Processo de Mudança. 4. Mecanismos de Mudança Clínica. 5. Termos de Nível Intermediário. I. Oshiro, Claudia Kami Bastos, orient. II. Título.

Nome: Assaz, Daniel Afonso

Título: Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): O processo de mudança clínica

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ___/___/_____

Banca examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Assinatura _____

The crucial lesson was that the scope of things I didn't know wasn't merely vast; it was, for all practical purposes, infinite. That realization, instead of being discouraging, was liberating. If our ignorance is infinite, the only possible course of action is to muddle through as best we can (Martin Schwartz, 2008, p. 1771)

Se eu fosse acreditar mesmo em tudo o que penso, ficaria louco

- Mário Quintana, Caderno H, 1973

Resumo

Assaz, D. A. (2019). *Desfusão cognitiva na terapia de aceitação e compromisso (ACT): O processo de mudança clínica* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem progressivamente conquistado espaço entre pesquisadores e clínicos. Entretanto, a apresentação do tratamento terapêutico por meio do Modelo de Flexibilidade Psicológica, descrito por meio seis termos de nível intermediário (aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, senso de self-como-contexto, valores e ação comprometida) traz consigo algumas dificuldades. De especial relevância é a falta de clareza do elo entre cada um desses conceitos e o processo de mudança clínica subjacente em termos de processos comportamentais básicos. Considerando que a existência desta relação é necessária para a utilidade pragmática de conceitos de nível intermediário, em termos de ensino e implementação em sessão, a clarificação do elo é essencial. O presente trabalho tem o objetivo de aumentar o valor pragmático do conceito de desfusão cognitiva ao (a) aumentar sua precisão por meio da clarificação do elo entre este termo intermediário e processos comportamentais básicos; e (b) facilitar sua implementação em sessão por meio de diretrizes de tomada de decisão clínica idiográfica, analítico-funcional momento-a-momento durante a interação terapeuta-cliente. Para isso, foram realizados quatro estudos. O primeiro consiste em uma pesquisa bibliográfica exploratória do conceito de “desfusão cognitiva” na literatura da ACT e uma análise conceitual crítica dos resultados obtidos com base no corpo de conhecimento da Análise do Comportamento, levando a uma nova proposta de conceituação do termo. A partir das implicações desta conceituação, foi realizado um estudo análogo experimental comparando diretamente os efeitos de dois exercícios para promover desfusão cognitiva sobre medidas de dor e fuga em uma tarefa de conflito aproximação-fuga (Estudo II). Também a partir das implicações do Estudo I, foi adotada a metodologia da *Task analysis* para descrever como terapeutas ACT promovem desfusão cognitiva em sessão. Para isso, foi inicialmente construído um modelo racional de como clínicos promovem desfusão cognitiva em sessão e um sistema de categorização das falas do terapeuta e do cliente em sessão para analisar quantitativamente o modelo (Estudo III). Na sequência, foi realizado um estudo clínico no qual sessões de terapia com o objetivo de promover desfusão cognitiva foram gravadas, transcritas, categorizadas e analisadas quantitativamente e qualitativamente, refinando o modelo teórico com base nos dados coletados (Estudo IV).

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; defusão cognitiva; processo de mudança clínica; mecanismos de mudança clínica; termos de nível intermediário

Abstract

Assaz, D. A. (2019). *Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy (ACT): The process of clinical change* (Doctoral thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has progressively acquired the interest of researchers and clinicians. However, some difficulties may arise when it is presented through the Psychological Flexibility Model, described through six middle-level terms (acceptance, cognitive defusion, contact with the present moment, self-as-context, values and committed action). Especially relevant is the lack of clarity surrounding the link between each of these concepts and the underlying process of clinical change in basic behavioral processes. Because such link is necessary for the pragmatic utility of middle-level terms, regarding both teaching and clinical practice, the clarification of the link is essential. The present thesis' objective is to increase the pragmatic value of the term "cognitive defusion" by (a) increasing its precision through the clarification of the link between this middle-level term and basic behavioral processes; and (b) to aid the in-session implementation by creating guidelines to idiographic, functional-analytic moment-by-moment decision-making for the therapist during in-session client-therapist interaction. In order to do that, four studies were conducted. The first one consists of an exploratory literature review of the concept "cognitive defusion" in the ACT literature and a critical conceptual analysis of the results based on behavior analytic body of knowledge, which lead to a new conceptualization of the term. From the implications of this conceptualization, an experimental analog was done in which two exercises to promote cognitive defusion were directly compared and their results regarding dependent measures of pain and escape in an approach-escape conflict task (Study II). Another implication of Study I was the use of task analysis methodology to describe how ACT therapists promote cognitive defusion in session. In order to do so, first a rational model on how therapists promote cognitive defusion in session was constructed, as well as a categorization system of the therapist's and the client's in-session speech in order to analyze the model quantitatively (Study III). Afterwards, a clinical study was done, in which therapy sessions to promote cognitive defusion were recorded, transcribed, categorized and analyzed quantitatively and qualitatively, refining the theoretical model based on the gathered data (Study IV).

Key-words: acceptance and commitment therapy; cognitive defusion; clinical change process; mechanisms of clinical change; middle-level terms.

Lista de figuras

Figura 1. Pirâmide esquemática dos diferentes níveis de precisão de linguagem

Figura 2. Modelo de Flexibilidade Psicológica da ACT (Traduzido de Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006)

Figura 3. Emergência de relações derivadas após o ensino direto de relações entre estímulos

Figura 4. Caractere “yú” em mandarim

Figura 5. Esquematização do objetivo da reestruturação cognitiva (linha tracejada), na qual novas relações simbólicas são construídas e fortalecidas, reduzindo a influência das relações incongruentes

Figura 6. Esquematização do objetivo de desfusão cognitiva (linha tracejada), na qual a transformação de função por relações simbólicas é reduzida ou minimizada, permitindo a ação de outras fontes de influência

Figura 7. Rede relacional de estímulos constituída na metáfora “Controlar pensamentos é como pular da janela e querer voar”, incluindo transformação de função. Setas contínuas indicam relações diretas e setas contínuas relações derivadas

Figura 8. Rede relacional construída pela conceituação da desfusão cognitiva por Blackledge (2007). Setas contínuas indicam relações diretas e setas contínuas relações derivadas

Figura 9. Diagrama hipotético de rede relacional que exerce controle sobre o comportamento do sujeito, gerando respostas de medo e evitação diante da sala de aula

Figura 10. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio da alteração no modo de apresentação do estímulo.

Figura 11. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio do reforçamento diferencial de respostas alternativas (DRA)

Figura 12. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio da contextualização do RRAA

Figura 13. Pirâmide esquemática dos diferentes níveis de precisão de linguagem para a desfusão cognitiva

Figura 14. Representação do continuum entre pesquisa básica e aplicada, identificando possíveis populações, variáveis independentes e dependentes passíveis de serem estudadas

Figura 15. Diagrama das etapas do procedimento do Estudo II

Figura 16. Médias de tolerância com erro padrão dos grupos nos momentos pré e pós-intervenção.

Figura 17. Médias de dor com erro padrão dos grupos nos momentos pré e pós-intervenção.

Figura 18. Diagrama do modelo teórico da sequência de classes de respostas na interação terapeuta-cliente para a promoção de desfusão cognitiva em sessão. Setas pontilhadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.

Figura 19. Análise funcional do caso Heitor. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores.

Figura 20. Análise funcional do caso Laís. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores

Figura 21. Análise funcional do caso Carolina. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores

Figura 22. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Heitor

Figura 23. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Laís

Figura 24. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Carolina

Figura 25. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Heitor

Figura 26. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Laís

Figura 27. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Carolina

Figura 28. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Carolina

Figura 29. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Laís

Figura 30. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Heitor

Figura 31. Modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva

Lista de tabelas

Tabela 1. Classificação funcional dos procedimentos de desfusão cognitiva

Tabela 2. Tolerância e dor dos participantes na TIG pré-intervenção, pós-intervenção e diferença entre ambas em termos absolutos e relativos.

Tabela 3. ANOVA de homogeneidade entre os grupos no tempo pré-intervenção

Tabela 4. Estatística descritiva de tolerância e dor pré e pós-intervenção para cada grupo experimental

Tabela 5. ANOVA mista 3x2 para a tolerância e para dor entre os grupos nos momentos pós e pré-intervenção

Tabela 6. Análise correlacional entre variáveis individuais e medidas de desfecho

Tabela 7. Proporção de participantes com mudanças significativas em dor e tolerância após intervenção

Tabela 8. Frequência de categorias dos pensamentos relatados durante a TIG pré-intervenção

Tabela 9. Descrição das dez classes relevantes na promoção da desfusão cognitiva em termos de sua função comum e respostas frequentes

Tabela 10. Categorias do comportamento do cliente e do terapeuta no SICARECC

Tabela 11. Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Heitor.

Tabela 12. Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Laís

Tabela 13. Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Carolina

Tabela 14. Escores médios e variabilidade máxima em relação à media (em parêntesis) nas escalas de autorrelato para os três participantes durante a fase A

Tabela 15. Taxa de concordância por sessão aferida e concordância geral

Tabela 16. Frequência absoluta de categorias do terapeuta diretamente relacionados à promoção de desfusão cognitiva durante as fases A e A+B para os três participantes.

Tabela 17. Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Heitor

Tabela 18. Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Heitor

Tabela 19. Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Laís

Tabela 20. Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Laís

Tabela 21. Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Carolina

Tabela 22. Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Carolina

Tabela 23. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Heitor.

Tabela 24. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Heitor.

Tabela 25. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Heitor.

Tabela 26. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Heitor

Tabela 27. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Laís.

Tabela 28. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Laís

Tabela 29. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Laís

Tabela 30. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Laís

Tabela 31. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Carolina.

Tabela 32. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Carolina

Tabela 33. Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Carolina

Tabela 34. Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Carolina

Tabela 35. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Heitor

Tabela 36. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Heitor

Tabela 37. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Laís

Tabela 38. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Laís

Tabela 39. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Carolina

Tabela 40. Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Carolina

Tabela 41. Categorias decorrentes da Grounded Theory da EMP do caso Heitor

Tabela 42. Categorias decorrentes da Grounded Theory da EMP do caso Laís

Tabela 43. Categorias decorrentes da Grounded Theory da EMP do caso Carolina

Lista de siglas

- AAQ-II – Questionário de Aceitação e Ação II (do inglês, *Acceptance and Action Questionnaire II*)
- ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês, *Acceptance and Commitment Therapy*)
- CBS – Ciência Comportamental Contextual (do inglês, *Contextual Behavioral Science*)
- CEIP-USP – Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
- CFQ – Questionário de Fusão Cognitiva (do inglês, *Cognitive Fusion Questionnaire*)
- DRA – Reforçamento diferencial de resposta alternativa (do inglês, *Differential reinforcement of alternative response*)
- EMP – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica
- FACCM – Modelo de Caso Clínico Analítico-Funcional (do inglês, *Functional Analytic Clinical Case Model*)
- FAP – Psicoterapia Analítica Funcional (do inglês, *Functional Analytic Psychotherapy*)
- GAD-7 – Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (do inglês, *Generalized Anxiety Disorder 7*)
- LTC-USP – Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo
- TME – Treino de múltiplos exemplares
- MTS – Emparelhamento com o modelo (do inglês, *Matching-to-Sample*)
- RFT - Teoria das Molduras Relacionais (do inglês, *Relational Frame Theory*)
- RRAA – Responder relacional arbitrariamente aplicável
- SICARECC - Sistema de Categorização de Respostas as Cognitiones do Cliente
- TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
- TIG – Tarefa de Imersão no Gelo
- VQ – Questionário de Valoração (do inglês, *Valuing Questionnaire*)

Lista de anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes (Estudo II)

Anexo B – Termo de responsabilidade do aferidor de fidelidade (Estudo II)

Anexo C – Questionário de Ação e Aceitação II (Versão brasileira)

Anexo D – Escala Tipo Likert de intensidade de dor (Estudo II)

Anexo E – Escala Tipo Likert de fidelidade ao protocolo (Estudo II)

Anexo F – Protocolo de aplicação do Estudo II

Anexo G – Sistema de Categorização das Respostas as Cognições do Cliente (SICARECC)

Anexo H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes (Estudo IV)

Anexo I – Termo de responsabilidade do aferidor de concordância (Estudo IV)

Anexo J – Questionário de Fusão Cognitiva (Versão brasileira)

Anexo K – Questionário de Valoração (Versão traduzida)

Anexo L – Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (Versão brasileira)

Anexo M – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica (Versão traduzida)

Sumário

Resumo	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Lista de siglas	
Lista de anexos	
1. Introdução	1
2. Comportamento verbal e autorregulação verbal do comportamento	9
2.1. Introdução	9
2.2. Como o comportamento verbal é capaz de afetar outros comportamentos?	10
2.3. Por que as pessoas se comportam verbalmente?	13
2.4. Por que as pessoas respondem ao próprio comportamento verbal?	22
2.5. Autorregulação verbal do comportamento e sofrimento psicológico	27
3. A defusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (Estudo I – Parte 1) 32	
3.1. Justificativa	32
3.2. Objetivo	33
3.3. Método	33
3.4. Resultados	34
3.4.1. Por que defusão cognitiva (Estado inicial)	34
3.4.2. Os objetivos da defusão cognitiva (Estado final)	35
3.4.3. Os procedimentos de defusão cognitiva	36
3.4.4. A eficácia dos procedimentos de defusão cognitiva	44
3.4.5. O processo de mudança na defusão cognitiva	48
4. A defusão cognitiva sob uma nova perspectiva (Estudo I – Parte 2)	50
4.1. Problemas com a conceituação proposta por Blackledge	51
4.2. Uma nova proposta conceitual	53
4.3. Implicações conceituais	62
4.4. Implicações clínicas	65
4.5. Implicações de pesquisa	67
5. Comparação dos efeitos de dois procedimentos para promover defusão cognitiva (Estudo II)	74
5.1. Justificativa	74
5.2. Objetivo	76

5.3.Hipótese	77
5.4.Método	77
5.4.1. Participantes	77
5.4.2. Ambiente	78
5.4.3. Materiais	78
5.4.4. Delineamento	79
5.4.5. Procedimento	79
5.4.6. Análise de dados	84
5.5. Aspectos éticos	85
5.6. Resultados	86
5.6.1. Aferição de fidelidade	86
5.6.2. Escores brutos de tolerância e dor	86
5.6.3. Análises preliminares	88
5.6.4. Comparação das medida de desfecho entre os grupos	90
5.6.5. Correlações com medidas de desfecho	92
5.6.6. Análise intra-individual	93
5.6.7. Relatos dos participantes da experiência na TIG pré-intervenção	94
5.7. Discussão	95
5.7.1. Efetividade dos procedimentos e comparação entre grupos	95
5.7.2. Variabilidade entre participantes	96
5.7.3. Limitações e direções de pesquisas futuras	97
6. Como promover desfusão cognitiva em sessão: construção de um modelo teórico e um sistema de categorização (Estudo III).....	100
6.1. Justificativa	100
6.2. Objetivos	102
6.3. Método	102
6.4. Resultados	104
6.4.1. Modelo racional	104
6.4.2. Sistema de categorização	116
6.5. Conclusão	119
7. Análise da interação terapeuta-cliente em sessões que promovem desfusão cognitiva (Estudo IV)	120
7.1. Justificativa	120
7.2. Objetivos	122

7.2.1. Objetivo primário	122
7.2.2. Objetivos secundários	122
7.3. Hipóteses	122
7.3.1. Hipótese primária	122
7.3.2. Hipóteses secundárias	122
7.4. Método	123
7.4.1. Participantes	123
7.4.2. Ambiente	124
7.4.3. Materiais	124
7.4.4. Delineamento	126
7.4.5. Procedimento	126
7.4.6. Análise de dados	128
7.5. Aspectos éticos	130
7.6. Resultados	130
7.6.1. Conceituação do caso Heitor	130
7.6.2. Conceituação do caso Laís	136
7.6.3. Conceituação do caso Carolina	142
7.6.4. Descrição qualitativa do processo terapêutico	147
7.6.5. Escalas de autorrelato	156
7.6.6. Categorização de falas do terapeuta e do cliente	161
7.6.7. Entrevista de mudança psicoterapêutica	183
7.7. Discussão	188
7.7.1. Análise funcional comparativa entre casos	188
7.7.2. Efetividade dos processos terapêuticos	183
7.7.3. Comparação com modelo racional	188
7.7.4. Construção de um modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva	183
8. Discussão geral	208
Referências.....	209
Anexos	242

1 – Introdução

As últimas décadas presenciaram o desenvolvimento de diversas modalidades psicoterapêuticas, processo histórico que tem sido comumente denominado como a terceira onda de terapias comportamentais e cognitivas (Hayes, 2004). Entre elas estão a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), a Ativação Comportamental (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001) e a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobson & Christensen, 1996). Apesar de alguns autores discordarem da metáfora das três ondas (e.g., Hoffman & Asmundson, 2008), especialmente quando aplicada ao contexto brasileiro (Guilhardi, 2012; Vandenberghe, 2011), é inegável a magnitude do esforço dedicado e da atenção despendida, tanto pela comunidade de pesquisadores quanto de terapeutas, ao estudo e à prática dessas abordagens clínicas.

Especificamente em relação à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, do inglês *Acceptance and Commitment Therapy*), os números são impressionantes. Já foram publicados 295 ensaios clínicos randomizados nos quais foi comparada a eficácia ou efetividade da ACT com a de outras condições, como lista de espera ou terapias alternativas, no tratamento de diversos transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, psicose, dor crônica e abuso de substâncias (Hayes, 2019). Apesar do extenso debate acerca da qualidade metodológica de uma parcela desses estudos (Atkins et al., 2017; Gaudiano, 2009; Öst, 2008; 2014; 2017), eles tornaram possível que a ACT seja atualmente considerada um tratamento empiricamente sustentado com fortes evidências para dor crônica e evidências moderadas para depressão, ansiedade mista, transtorno obsessivo-compulsivo e psicose (Division 12 of the American Psychological Association, 2016). Também têm sido amplamente estudados os efeitos isolados dos componentes da ACT, com mais de 60 pesquisas sobre o tema já concluídas (Levin, Hildebrandt, Lillis & Hayes, 2012), além de possíveis mediadores de mudança clínica (Stockton, Kellett, Berrios, Sirois, Wilkinson & Miles, 2019). Além disso, uma breve busca na *Amazon* revela que a ACT é o assunto principal de mais de 100 livros publicados em diversos idiomas, incluindo manuais para terapeutas e volumes de autoajuda.

O enorme sucesso na divulgação da ACT pode ser parcialmente atribuído à sua participação no que veio a ser conhecido como Ciência Comportamental Contextual (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012; Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2013;

Vilardaga, Hayes, Levin & Muto, 2009; Zettle, Hayes, Barnes-Holmes & Biglan, 2016). A Ciência Comportamental Contextual (CBS, do inglês *Contextual Behavioral Science*) surgiu a partir de críticas à Análise do Comportamento feitas por pessoas dentro da própria comunidade, ou seja, por analistas do comportamento. Este grupo estava insatisfeito com a grande ênfase dada ao estudo de respostas diretamente observáveis em animais não-humanos em detrimento de aspectos privados (como pensamentos e sentimentos) da experiência humana; e consciente do impacto limitado da Análise do Comportamento em diversas esferas da sociedade (Hayes et al., 2012; Kanter, Holman & Wilson, 2014; Vilardaga et al., 2009). Com base nisso, eles propuseram uma nova abordagem para o estudo do comportamento, baseada na Análise do Comportamento, porém, com pequenas alterações filosóficas e grandes mudanças estratégicas para o desenvolvimento científico: a CBS.

Uma destas mudanças se refere à postura da CBS em relação à introdução e adoção de novos conceitos científicos. Historicamente, a Análise do Comportamento incentivou o uso de termos com alta precisão, como “reforçamento” ou “discriminação de estímulos”. Ter alta precisão significa que um termo descreve um evento específico com a menor ambiguidade possível, caracterizando-o de forma clara e distinguindo-o de demais eventos a ponto de que as respostas (verbais e não-verbais) dos membros daquela comunidade verbal (no caso comunidade científica analítica-comportamental) são relativamente constantes e uniformes (Biglan & Hayes, 2016; Bloomfield, 1935). Em outras palavras, os analistas do comportamento, enquanto membros de uma prática cultural, têm reforçado diferencialmente o comportamento verbal dos demais analistas do comportamento, selecionando explicações que empregam processos comportamentais básicos. Tal prática não é sem motivo: a observação sistemática do comportamento e a decorrente abstração de princípios básicos a partir das regularidades encontradas permitiu aumentar a previsão e o controle do comportamento, objetivos centrais da ciência do comportamento (Skinner, 1953).

Entretanto, é um erro assumir que o uso desses termos se deve ao fato de eles serem inerentemente “bons” ou “verdadeiros”. A partir de uma perspectiva funcional do comportamento verbal, um determinado conceito científico é “bom” na medida em que ele é útil em influenciar o comportamento do cientista, auxiliando-o na interação com o fenômeno de interesse (Moore, 2008; Skinner, 1957). No caso, a previsão e o controle do comportamento, seja este o de um rato em uma caixa experimental ou o de um cliente em uma sessão de terapia.

Isto significa que o favorecimento do uso de termos com grande precisão é uma estratégia científica que deve ser avaliada com base em seu valor pragmático, isto é, sua utilidade em atingir os objetivos de previsão e controle do comportamento. Alguns autores

proponentes da CBS têm argumentado que a adoção irrestrita de termos muito precisos pode ser prejudicial em alguns contextos, como na prática clínica, ao não informar a tomada de decisão do terapeuta e, portanto, não auxiliar na previsão e controle do comportamento (Hayes et al., 2012; Kanter et al., 2014; Vilardaga et al., 2009). Afinal, como o clínico pode estabelecer uma operação motivacional que aumente a probabilidade de o cliente emitir respostas relacionadas à sua melhora? Ou reforçar naturalmente a resposta de melhora do cliente em sessão?

Ademais, o discurso científico pode afastar o público em função do seu jargão técnico. Como afirma Bloomfield (1935):

As formas do discursos do cientista são tão peculiares em termos de vocabulário e sintaxe que a maioria dos membros da sua comunidade de discurso não os compreendem. Se uma pessoa quiser ler um tratado em inglês sobre mecânica, não é suficiente ser um falante nativo de língua inglesa: é necessário que ele passe por um severo treino suplementar (p. 499).

No âmbito da Análise do Comportamento, este problema é amplificado. Recentemente, uma série de pesquisas tem recentemente oferecido evidências empíricas para um fenômeno que já era comentado informalmente na comunidade: o jargão analítico-comportamental está carregado de termos que produzem reações desagradáveis na população geral e podem afastar pessoas da área (Becirevic, Critchfield & Reed, 2016; Critchfield et al., 2017; Critchfield & Doepke, 2018). Conseqüentemente, o impacto social da Análise do Comportamento pode ser minimizado por questões semânticas.

Frente a estes questionamentos, autores alinhados com a CBS têm defendido que conceitos com um menor nível de precisão, como “aceitação” ou “validação”, podem ser úteis em alguns contextos, ao direcionar a atenção para alguns aspectos relevantes do comportamento, especialmente quando pessoas com pouca experiência em Análise do Comportamento, como leigos e estudantes, se deparam com comportamentos complexos. Desta forma, estes conceitos poderiam contribuir para a disseminação, ensino e aplicação de princípios comportamentais em larga escala (Hayes et al., 2012; Kanter et al., 2014; Vilardaga et al., 2009).

Obviamente, nem todos os conceitos que usam palavras mais palatáveis e possuem menor precisão aumentam a previsão e o controle do comportamento. Muitos podem até ser prejudiciais para atingir esses objetivos, como no caso de diversos termos da *folk psychology* (Araújo, 2001). Entretanto, os proponentes da CBS argumentam que termos intermediários

podem cumprir esse papel de forma efetiva em função do modo como estão relacionados a termos mais precisos (Hayes et al., 2012; Kanter et al., 2014; Vilardaga et al., 2009). Pode-se argumentar que os conceitos básicos foram produtos da abstração da observação sistemática da interação entre o organismo e o ambiente. É possível realizar novas abstrações a partir dos processos básicos, levando a descrições de conjuntos de relações funcionais; e, ao abstrair tais conjuntos de relações funcionais, construir termos de nível intermediário com alto valor pragmático (Hayes et al., 2012; Vilardaga et al., 2009). Esse raciocínio pode ser esquematizado na forma de uma pirâmide (Figura 1), no qual o mesmo fenômeno é descrito em termos com distintos níveis de precisão de linguagem (cf. Assaz, Vartanian, Oshiro & de Moura, manuscrito submetido). Quanto mais próximo da base, mais precisa a linguagem adotada.

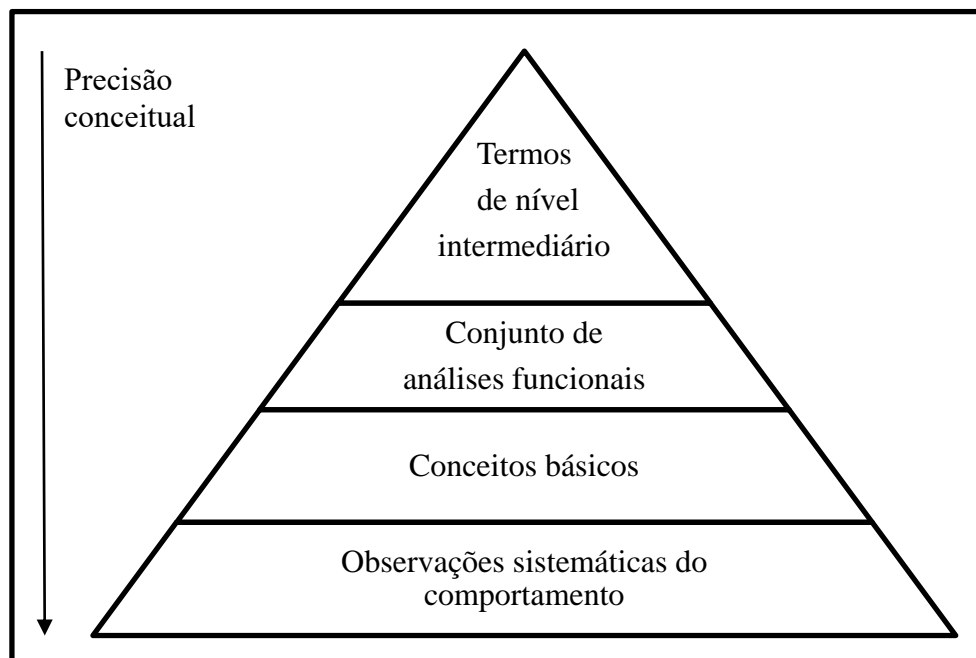


Figura 1. Pirâmide esquemática dos diferentes níveis de precisão de linguagem

É importante ressaltar que a despeito das restrições explícitas de analistas do comportamento em relação à adoção de novos conceitos científicos, que não descrevem processos básicos, termos de nível intermediário têm sido utilizados na Análise do Comportamento com certa frequência. Autocontrole é um exemplo notório. Diante da observação sistemática do aumento da taxa de uma classe de respostas contingente à apresentação de uma consequência apetitiva, abstraiu-se o conceito de “reforçamento positivo” (i.e., conceito básico). Frente à observação do comportamento de organismos em situações de escolha, com duas ou mais possibilidades de respostas com reforçadores de magnitude e atraso diferentes, abstraiu-se os diferentes “desempenhos em esquemas concorrentes” (i.e., conjunto

de análises funcionais). E diante da variedade de desempenhos em esquemas concorrentes, alguns destes padrões foram denominados “autocontrole” e “impulsividade” (i.e., termos de nível intermediário).

Ao integrar a CBS, a ACT tem tirado proveito da possibilidade de empregar termos intermediários. Ao menos desde 2004, o modelo de tratamento da ACT tem sido regularmente apresentado como o desenvolvimento de flexibilidade psicológica por meio de seis processos inter-relacionados: aceitação, defusão cognitiva, contato com o momento presente, senso de self-como-contexto, valores e ação comprometida (Hayes & Strosahl, 2004). Todos os seis componentes do denominado Modelo de Flexibilidade Psicológica são termos intermediários (Figura 2).

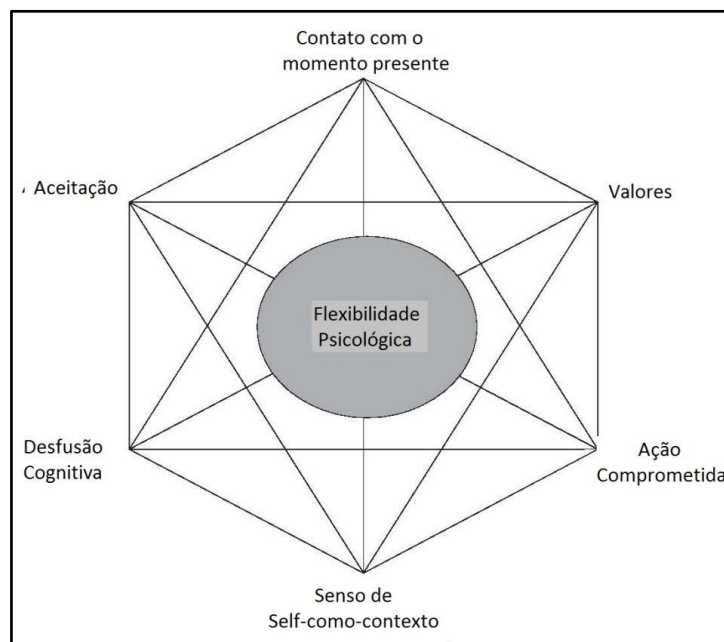


Figura 2. Modelo de Flexibilidade Psicológica da ACT (Traduzido de Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006)

Uma diferença entre autocontrole e os termos intermediários do Modelo de Flexibilidade Psicológica é o modo como foram construídos dentro da ciência comportamental. O primeiro adotou uma estratégia *bottom-up*, partindo de observações sistemáticas para processos básicos, conjuntos de relações funcionais e, então, culminando no termo de nível intermediário. Já os termos da ACT adotaram uma estratégia reticulada, na qual a parte de baixo e a de cima da pirâmide foram sendo construídas de modo relativamente concomitante visando um esforço progressivo de integrá-los com o tempo (Hayes et al., 2012). Afinal, tal elo permitiria que analistas do comportamento pudessem alternar entre os termos com diferentes níveis de precisão a depender do contexto em que se encontram (e.g., supervisão, laboratório,

sala de aula, sessão de terapia), sem perder a fundamentação teórica e filosófica subjacente a eles (Assaz et al., manuscrito submetido). No exemplo do conceito de “autocontrole”, tal termo somente possui vantagens na previsão e controle do comportamento na medida em que ele está ancorado nos níveis abaixo (i.e., desempenho em esquemas concorrentes, reforçamento positivo e observações sistemáticas do comportamento), possibilitando que o falante transite de modo flexível entre os diferentes níveis de precisão da linguagem a depender do contexto em que se encontra (e.g., palestra de disseminação para leigos, aula para analistas do comportamento, aula para profissionais de saúde, sessão de terapia).

Caso esta ligação entre termos de nível intermediário e processos básicos não exista ou não esteja descrita claramente, a utilidade pragmática do conceito é ameaçada (Barnes-Holmes, Hussey, McEnteggart, Barnes-Holmes & Foody, 2016; McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey & Barnes-Holmes, 2015; Muñoz-Martínez & Follette, 2019). Isto porque, de um lado, haveria um esvaziamento conceitual do termo, que deixaria de estar fundamentado no corpo de conhecimento da Análise do Comportamento, aproximando-se de termos da *folk psychology* e distanciando-se do método científico. Do outro lado, a impossibilidade de descrever um conceito de nível intermediário em termo de seus processos básicos dificulta sua inclusão em uma análise funcional do comportamento, descrita em termos de relações funcionais entre organismo e ambiente. Consequentemente, a integração desse conceito na avaliação e plano de intervenção de clínicos analítico-comportamentais, que fundamentam sua prática na análise funcional, é prejudicada; assim como a implementação da intervenção de forma natural e coerente na interação em sessão.

Ao se debruçarem sobre os componentes do Modelo de Flexibilidade Psicológica, muitos autores, oriundos de uma forte tradição analítico-comportamental, têm argumentado que esse elo funcional entre os termos de nível intermediário e processos básicos não está claro e até, em críticas mais duras, que ele não existe (Barnes-Holmes et al. 2016; Guilhardi, 2012; McEnteggart et al., 2015).

O presente trabalho se propõe a adentrar nesse debate com o objetivo de aumentar o valor pragmático do conceito de desfusão cognitiva, componente do Modelo de Flexibilidade Psicológica, ao (a) aumentar sua precisão conceitual por meio da clarificação do elo entre este termo intermediário e processos comportamentais básicos; e (b) favorecer sua implementação em sessão por meio da construção de diretrizes de tomada de decisão clínica idiográficas e analítico-funcionais momento-a-momento durante a interação terapeuta-cliente. Tomados em conjuntos, os objetivos acima buscam contribuir para a identificação do que consiste a desfusão cognitiva e como promovê-la em terapia, elucidando quais os processos de mudança

responsáveis por produzir melhoras clínicas e como o terapeuta pode favorecê-los em sessão de modo efetivo.

Para realizar esta discussão, é indispensável a compreensão dos fundamentos teóricos da ACT. Assim, o capítulo 2 contextualiza o modelo de tratamento da ACT em suas bases teóricas analítico-comportamentais, com destaque para o comportamento verbal e seu controle sobre o comportamento humano, informado pela Teoria das Molduras Relacionais (RFT, do inglês *Relational Frame Theory*). Ainda que a ACT não tenha sido construída a partir da RFT, mas tenha coevoluído com ela (McEnteggart, 2018), a compreensão desta teoria é essencial para entender funcionalmente o contexto no qual a desfusão cognitiva surge enquanto estratégia terapêutica.

O capítulo 3 tem como objetivo descrever o papel ocupado pela desfusão cognitiva na ACT a partir uma pesquisa bibliográfica exploratória de como esse termo tem sido conceituado na literatura relevante em termos de seus objetivos, procedimentos e processos. Já o capítulo 4 problematiza a conceituação do processo envolvido na desfusão cognitiva exposto no capítulo anterior por meio de uma análise conceitual baseada em questionamentos lógicos e empíricos; oferece uma perspectiva alternativa sobre os mecanismos de mudança envolvidos na desfusão cognitiva; e discute as implicações conceituais, clínicas e de pesquisa dessa nova conceituação. Em conjunto, os capítulos 3 e 4 constituem o Estudo I, de caráter conceitual.

Na sequência, o capítulo 5 apresenta o Estudo II, derivado das implicações de pesquisa do primeiro estudo. Trata-se de um experimento análogo, no qual dois procedimentos comumente empregados para promover desfusão cognitiva são diretamente comparados em uma tarefa de conflito aproximação-fuga, buscando averiguar possíveis diferenças entre seus efeitos sobre o comportamento dos participantes.

A partir da maior clareza dos processos comportamentais envolvidos na desfusão cognitiva, oriunda do Estudo I, o capítulo 6 apresenta a construção de (a) um modelo racional de interação lógica da díade terapeuta-cliente para a promoção da desfusão cognitiva em sessão; e (b) um sistema de categorização das respostas do terapeuta e do cliente em sessão diante dos pensamentos do cliente, baseado no modelo racional. Ambos compõem o Estudo III.

Já o capítulo 7 apresenta uma pesquisa clínica (Estudo IV), na qual a interação terapeuta-cliente durante sessões que almejam produzir desfusão cognitiva serão gravadas, transcritas, categorizadas (por meio do sistema de categorização construído no Estudo III) e analisadas quantitativa e qualitativamente. A partir destes dados empíricos, o modelo racional construído no estudo anterior foi refinado em um modelo racional-empírico.

Por fim, no capítulo 8 é feita a discussão geral e a conclusão a partir dos temas levantados e dados obtidos em todos os quatro estudos.

2 – Comportamento verbal e autorregulação verbal do comportamento

2.1. Introdução

A compreensão da defusão cognitiva enquanto estratégia clínica passa necessariamente pela compreensão do comportamento verbal e de como ele pode exercer controle sobre outros comportamentos do indivíduo. Para iniciar essa discussão, tomemos o exemplo hipotético de Marina, que tem uma entrevista de emprego às 9h da manhã no centro da cidade. Na noite da véspera, ela pensa em como chegará até o local, quanto tempo demorará no deslocamento e o que deve fazer para acordar e estar pronta para sair de casa. Após realizar esses cálculos, ela coloca o despertador para as sete horas da manhã. Ao acordar com o alarme no dia seguinte, toma café da manhã, come a última fatia de queijo na geladeira e pensa “preciso comprar queijo”. Ela sai de casa e, durante o percurso de ônibus, planeja a entrevista, imaginando prováveis perguntas que o entrevistador pode fazer, possíveis respostas que ela pode dar e reelabora suas frases de acordo com os possíveis efeitos que elas teriam. Chega ao local da entrevista no horário combinado e, durante a conversa, diante de perguntas similares às que havia previsto, oferece as respostas previamente pensadas e sai contente com seu desempenho. No caminho de volta para casa, frente a um supermercado, entra e compra queijo para o café da manhã do dia seguinte.

O exemplo cotidiano acima ilustra algumas situações na qual Marina tem determinados pensamentos e estes exercem controle sobre seu comportamento verbal e não-verbal, auxiliando-a regular sua conduta e atingir os seus objetivos. Na sua ausência, é possível que ela se atrasasse para a entrevista, tivesse um desempenho insatisfatório nela e não houvesse o que comer no café da manhã do dia seguinte. Apesar do caráter mundano do comportamento de Marina, ele exemplifica um fenômeno compartilhado por bilhões de seres humanos ao redor do mundo: a autorregulação verbal do comportamento. Sendo assim, uma ciência do comportamento deve ser capaz de estudá-lo e, com o tempo, explicá-lo satisfatoriamente.

De forma similar à perspectiva analítico-comportamental do conceito de autocontrole (cf. Skinner, 1953), autorregulação verbal implica que o indivíduo se comporta verbalmente e, ao fazê-lo, influencia a probabilidade de seus outros comportamentos. Para compreender como esse fenômeno pode ocorrer, três perguntas complementares devem ser respondidas (Luciano, Valdivia-Salas, Cabello-Luque & Hernandez, 2009):

- 1) Por que Marina se comporta verbalmente, falando e pensando? Ela poderia não o fazer, assim como bebês humanos ou animais não-humanos, que não se preocupam

verbalmente sobre comprar queijo no mercado. Isto significa identificar quais as contingências históricas e atuais que constroem e mantêm esse repertório.

- 2) Como esse conjunto de sons arbitrários que constituem as falas e os pensamentos de Marina é capaz de exercer influência sobre outros comportamentos dela? Afinal, a frase “preciso comprar queijo” não teria o mesmo impacto no comportamento de um estrangeiro, que não sabe falar português: ele escutaria, porém não compreenderia a instrução. A resposta à pergunta implica em descrever o mecanismo pelo qual o comportamento verbal pode exercer influência sobre outros comportamentos, verbais e não-verbais.
- 3) Por que Marina responde ao seu próprio comportamento verbal, agindo de forma congruente com o conteúdo de suas falas ou tendo novos pensamentos diante delas? Diante do supermercado, ela poderia simplesmente continuar o caminho até sua casa sem comprar queijo, ainda que tenha planejado fazê-lo pela manhã. Em outras palavras, quais as contingências históricas e atuais responsáveis por construir e manter essa relação funcional entre comportamento verbal e outros comportamentos, verbais e não-verbais?

Uma explicação analítico-comportamental para todas as três perguntas será esboçada na sequência.

2.2. Como o Comportamento Verbal é Capaz de Afetar Outros Comportamentos?

Começando pela segunda pergunta por motivos didáticos, respondê-la envolve apresentar uma explicação para como um conjunto de estímulos visuais e sonoros arbitrariamente definidos pela cultura, na forma de palavras e frases, pode exercer influência sobre o comportamento do ouvinte. Essa tarefa não foi inicialmente priorizada por analistas do comportamento (Schlinger, 2008a; 2008b; Fidalgo, 2016), uma vez que no livro seminal de B. F. Skinner “Comportamento Verbal”, o autor dedica apenas uma pequena parcela à análise do comportamento do ouvinte e a maior parte dos capítulos ao comportamento verbal do falante (Skinner, 1957). O papel do ouvinte fica restrito à sua capacidade de reagir apropriadamente ao comportamento verbal do falante em função de um treino apropriado para fazê-lo, sem que tal treino seja explicitado na obra (Skinner, 1957).

Historicamente, o assunto começou a ser abordado mais profundamente mais de uma década depois, com a distinção do próprio autor entre comportamentos modelados pelas contingências e governados por regras (Skinner, 1969). Na sua concepção, regras seriam estímulos verbais antecedentes que especificam uma contingência, descrevendo uma resposta

e suas variáveis antecedentes e consequentes. Assim, regras aumentariam a probabilidade de ocorrência da resposta especificada ao atuar como estímulos discriminativos para ela (Skinner, 1969). No caso de Marina, ao definir o pensamento “preciso comprar queijo” como uma regra, poderíamos argumentar que essa frase atua como um estímulo discriminativo, que evoca a resposta de comprar queijo.

Porém, a função discriminativa de regras foi logo criticada por outros autores por causa da definição de estímulo discriminativo, que requer uma história de reforçamento de seguir regras similares no passado e sua apresentação de forma contígua à emissão da resposta evocada (cf. Fidalgo, 2016). Como então explicar que o indivíduo é capaz de seguir regras novas, especialmente quando a emissão da regra e seu seguimento estão distantes no tempo? Afinal, a ocorrência do pensamento “preciso comprar queijo” e a ida ao supermercado são eventos separados temporalmente por um período de horas. Outras regras podem ter uma lacuna temporal de dias, meses e até anos.

Essa questão levou outros autores a analisarem as regras como estímulos capazes de alterar a função de outros estímulos (Blakely & Schlinger, 1987; Schlinger & Blakely, 1987). Isto significa que a regra “preciso comprar queijo” não controla o comportamento diretamente porque atua como estímulo discriminativo, mas o faz indiretamente, ao alterar a função do supermercado, que adquire função de estímulo discriminativo para a resposta de comprar queijo.

Entretanto, como os próprios autores deixam claro, a proposta acima não explicita o processo pelo qual as regras seriam capazes de alterar a função de outros estímulos (Schlinger 2008a). Uma explicação para o caráter alterador de função de regras que tem acumulado evidências empíricas advém dos estudos de relações simbólicas entre estímulos (O’Hora & Barnes-Holmes, 2004; O’Hora, Barnes-Holmes & Stewart, 2014).

Esta linha de pesquisa desenvolveu-se a partir dos experimentos pioneiros de Sidman e colaboradores (Sidman, 1994). Este grupo de pesquisadores utilizou o paradigma experimental de emparelhamento com o modelo (MTS, do inglês *matching-to-sample*), no qual as respostas dos participantes são reforçadas somente quando este escolhe estímulos-comparação específicos diante dos estímulos-modelo apresentados, como B1 diante de A1 e B2 diante de A2; mas não ao escolher B1 diante de A2 ou B2 diante de A1 (Cumming & Berryman, 1965). Caso a relação entre os estímulos A1-B1 e A2-B2 não seja baseada nas propriedades formais (i.e., físicas) destes, mas sim nos critérios previamente estabelecidos pelo experimentador, caracteriza-se uma relação arbitrária ou simbólica (Cumming & Berryman, 1965).

Estes estudos levaram à descoberta de um fenômeno comportamental inédito: a emergência de relações derivadas. Diante da aprendizagem direta, por meio de reforçamento diferencial, de algumas relações simbólicas entre estímulos, outras relações que não haviam sido diretamente treinadas emergiram no repertório do indivíduo. Mais precisamente, ao aprender a responder a B diante de A (A-B), o sujeito também passava a responder a A diante de B (B-A; i.e. simetria); e ao aprender a responder a B diante de A (A-B) e a C diante de B (B-C), a pessoa era capaz de responder corretamente às relações simétricas B-A e C-B e também à A-C (i.e., transitividade) e C-A (i.e., equivalência) (Sidman, 1994). Uma classe de estímulos que demonstre as propriedades de simetria e transitividade, além da reflexividade (A-A) foi denominada de uma classe de equivalência de estímulos (Sidman & Tailby, 1982).

Para ilustrar, imagine que uma criança de desenvolvimento típico seja ensinada a, diante da figura de um queijo (A), falar “queijo” (B); e a apontar para a palavra escrita QUEIJO (C) após ouvir a palavra falada “queijo” (B). Mesmo sem treinos adicionais, ela provavelmente será capaz de apontar para a figura de um queijo após ouvir a palavra falada “queijo” (B-A); falar “queijo” diante da palavra escrita QUEIJO (C-B); apontar para a palavra escrita QUEIJO diante da imagem do alimento (A-C); e apontar para a imagem de um queijo diante da palavra escrita QUEIJO (C-A) (Figura 3).

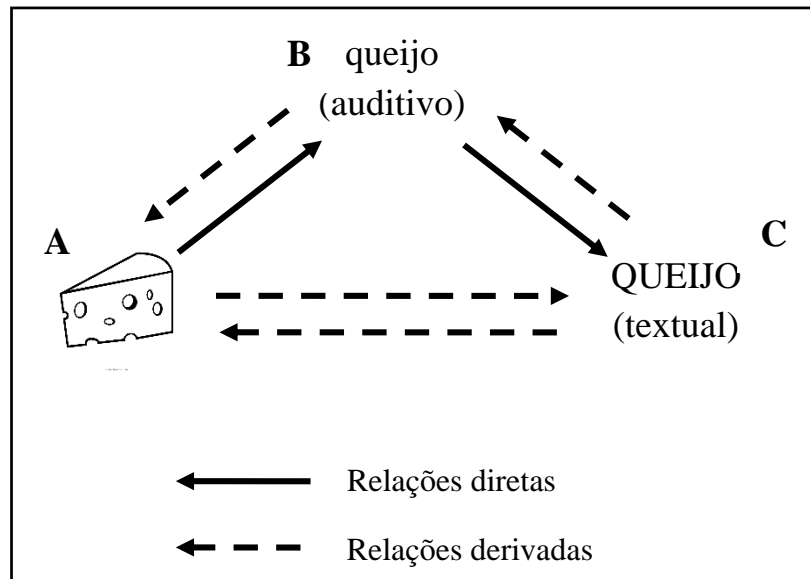


Figura 3. Emergência de relações derivadas após o ensino direto de relações entre estímulos

Além da derivação de relações, os estudos com MTS também demonstraram que um estímulo pode ter sua função previamente adquirida (seja ela eliciadora, discriminativa, condicional, contextual, motivacional, reforçadora ou punitiva) transferida para outros estímulos que compõe uma classe de equivalência (e.g., Augustson & Dougher, 1997; de Rose,

McIlvane, Dube, & Stoddard, 1988; de Rose, McIlvane, Dube, Galpin & Stoddard, 1988; Dougher, Augustson, Markham, Greenway & Wulfert, 1994; Dymond, Schlund, Roche, Whelan, Richards & Davies, 2011; Greenway, Dougher & Wulfert, 1996; Roche & Barnes, 1997; Valverde, Luciano & Barnes-Holmes, 2009).

Assim, diante do ensino direto das relações A-B e B-C e sendo A um estímulo apetitivo, os estímulos B e C (previamente neutros) adquirirão função apetitiva. Em outras palavras, eles serão funcionalmente equivalentes nesse contexto: respondemos a B e C “como se fossem” A. No exemplo acima, caso a criança tenha experimentado queijo e gostado, é capaz de que a imagem do alimento possua função apetitiva em decorrência dessa história, eliciando salivação e evocando aproximação. Conseqüentemente, ao aprender as relações arbitrárias entre a figura do alimento, sua pronúncia e sua grafia, é possível que a simples palavra queijo, seja em seu formato auditivo ou textual, sejam suficientes para eliciar salivação e evocar aproximação (e.g., pegar ou pedir por queijo).

Resultado funcionalmente similar ocorreria se a criança tivesse sido simplesmente informada de que “queijo é muito gostoso”, estabelecendo uma relação de equivalência entre a palavra “queijo” e “gostoso”, que possivelmente possui função apetitiva previamente estabelecida na relação com outros alimentos. Assim, a regra “queijo é muito gostoso” exerceria controle porque ela altera a função de queijo para o ouvinte (i.e. estímulo apetitivo) por meio de relações arbitrárias entre estímulos.

Retomando o caso de Marina, a discussão acima sugere que seus pensamentos, como “preciso comprar queijo”, são capazes de exercer influência sobre o seu comportamento na medida em que as palavras e frases pensadas participam de relações simbólicas com outros estímulos e, por causa disso, são capazes de alterar a função de estímulos ambientais relevantes, evocando respostas de acordo com a nova função. Quando isso ocorre, podemos dizer que o ouvinte compreende a regra (Hayes & Hayes, 1989). Desse modo, a definição do comportamento verbal de Skinner pode ser refinada para incluir que o ouvinte responde de forma efetiva ao falante em função de um treino explícito para fazê-lo que envolve o estabelecimento de relações simbólicas entre estímulos (Chase & Danforth, 1991).

2.3. Por que as Pessoas se Comportam Verbalmente?

A primeira resposta, esboçada acima, permitiu compreender de que forma os pensamentos de Marina podem exercer controle sobre outros comportamentos dela: por meio da alteração da função de estímulos em decorrência da participação destes em relações

simbólicas. A segunda pergunta a ser respondida se refere a de que modo e por que aprendemos a estabelecer tais relações simbólicas entre estímulos.

Sidman argumentou que a equivalência de estímulos é o resultado direto das contingências de reforçamento em si, não havendo necessidade de postular outros processos ou comportamentos para explicar o fenômeno (Sidman, 2000). Entretanto, muitos estudiosos defendem que o indivíduo deve ser exposto à uma história de contingências específica, necessária para que ele aprenda a responder a relações simbólicas entre estímulos. A proposta da RFT (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), apesar de debates acalorados (cf. Gross & Fox, 2009), é a que tem recebido maior atenção da comunidade analítico-comportamental mundial, como atestado pela quantidade de pesquisas feitas com base nesse referencial teórico (cf. Dymond, May, Munnely & Hoon, 2010; O'Connor, Farrell, Munnely & McHugh, 2017). O restante do capítulo será majoritariamente embasado no referencial da RFT, tanto em decorrência da sua relevância atual quanto em função de seu papel na fundamentação teórica da ACT. Obviamente, novos dados podem e possivelmente irão alterar a narrativa abaixo, mas por ora é um esforço de sistematização da teoria importante para os fins da tese.

Dada algumas capacidades e tendências básicas compartilhadas por seres humanos de desenvolvimento típico, como presença do aparelho auditivo-fonológico, respostas de observação e rastreamento do olhar, atenção conjunta, tendência a imitação, repertório de discriminação simples e condicional e sensibilidade a consequências sociais (Rehfeldt & Barnes-Holmes, 2009; Sundberg, 2008), bebês começam a ter maior sensibilidade e preferência pelos fonemas de sua língua materna e a imitar os seus cuidadores, balbuciando tais fonemas dentro de poucos meses (Kuhl, 2004).

Usualmente, os fonemas emitidos pela criança são prontamente reforçados pelos cuidadores por meio de consequências sociais (e.g., sorriso, aplauso, atenção, falas infantilizadas): sons que se assemelham a uma palavra são recebidos com muita “festa” pela comunidade verbal¹. Nesse processo, a emissão dessas respostas vocais aprendidas por imitação adquire controle consequente, de modo que elas passam a ser parcialmente controladas por consequências socialmente mediadas. Tais consequências são responsáveis pelo fortalecimento e modelagem do repertório de fala. Com o desenvolvimento ontogênico, os cuidadores alteram gradualmente o critério de reforçamento, solicitando da criança respostas vocais progressivamente mais complexas. Com essas contingências em vigor, logo, fonemas

¹ Comunidade verbal é definida como conjunto de indivíduos que formam um grupo de falantes e ouvintes (Skinner, 1957).

(e.g., /a/) se transformam em palavras (e.g., “água”) e, então, em pequenas frases (e.g., “quer água”) (cf. Roy, Frank, DeCamp, Miller & Roy, 2015).

Na marca dos 18 meses, é comum observar crianças de desenvolvimento típico com um pequeno vocabulário, nomeando objetos cotidianos e fazendo pedidos simples (Sundberg, 2008). Na taxonomia Skinneriana do comportamento verbal, estas seriam respostas de tato (sob controle de estímulos antecedentes não-verbais) e mando (sob controle das consequências da fala) (Skinner, 1957). Porém, esse conjunto de respostas vocais foi diretamente modelado na interação com os cuidadores. Tais estímulos sonoros produzidos pela criança não integram relações arbitrárias com outros estímulos, de modo que são respostas vocais não-simbólicas (cf. Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Cullinam, 2000). Nesse momento, essas respostas não são funcionalmente diferentes da pronúncia de uma palavra em uma língua estrangeira que o indivíduo não conhece; dos “pedidos” de cachorros a seus donos ao mexer na coleira ou no pote de ração; ou de pombos “conversando” em caixas experimentais (cf. Epstein, Lanza & Skinner, 1980): são somente respostas topograficamente distintas modeladas pelas consequências contingentes à sua emissão e não falas “com compreensão” como as de indivíduos adultos verbalmente aptos (Hayes & Hayes, 1989).

De acordo com a RFT, a passagem da fala “sem compreensão” (i.e. decorrente de uma história de condicionamento direto) para a fala “com compreensão” (i.e. na qual as palavras estão inseridas em relações simbólicas) decorre de uma história de treino de múltiplos exemplares (TME) de responder relacional provida pela comunidade verbal do indivíduo (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Hughes & Barnes-Holmes, 2016; Luciano, Rodríguez, Mañas, Ruiz, Berens & Valdívila-Salas, 2009).

Para compreender o que isso significa, primeiramente é necessário conceituar o termo “responder relacional”. Ele se refere a uma resposta do indivíduo não ao estímulo em si, mas sim a um estímulo em relação a outro(s). Um indivíduo pode aprender por reforçamento diferencial a, por exemplo, sempre selecionar o maior estímulo, o estímulo mais acima dentre os apresentados ou o estímulo semelhante ao modelo. Animais não-humanos, como pombos e macacos, demonstraram ser capazes de aprender tal comportamento em contextos experimentais dadas as contingências adequadas (e.g., Frank & Wasserman, 2005; Harmon, Strong & Pasnak, 1982; Yamazaki, Saiki, Inada, Iriki & Watanabe, 2014). Essa história de contingências é denominada treino relacional não-arbitrário, uma vez que a relação entre os estímulos é baseada nas propriedades físicas deles.

Já por TME entende-se um treino extenso, no qual as respostas relacionais do indivíduo são reforçadas diferencialmente diante de conjuntos de estímulos diversos (e.g., árvores, casas,

carros, brinquedos) e que variam em termos de propriedades físicas distintas (e.g., tamanho, cor, textura, posição). Os estímulos também alternam em termos de seu papel enquanto estímulo-modelo ou estímulo-comparação, possibilitando o reforçamento diferencial de relações diretas (A-B; B-C), simétricas (B-A; C-B) e transitivas (A-C).

Em um determinado momento durante o TME de responder relacional não-arbitrário, o comportamento do indivíduo pode ficar sob controle da propriedade comum à todas as tentativas do treino: o contexto relacional, que sinaliza a relação entre os estímulos e, com isso, a resposta que provavelmente será reforçada. Esse processo, denominado de abstração, é análogo a como seres humanos aprendem a nomear cores, por exemplo (cf. Skinner, 1953). Em uma situação experimental de TME no qual o responder relacional é reforçado diante da seleção de estímulos fisicamente similares ao estímulo-modelo, o contexto pode ser a própria situação experimental. Porém, em situações naturalísticas do desenvolvimento humano, o contexto costuma ser dicas verbais, como “igual”, “mesmo”, “parecido” ou “semelhante”, tal qual na frase “pegue o carrinho *igual* a esse”.

Uma vez que o comportamento do indivíduo fica sob controle da dica contextual, ela pode ser utilizada para ensinar relações de igualdade entre estímulos simbólicos, que não compartilham propriedades físicas, por meio do treino relacional arbitrário. Na Figura 3, temos três estímulos que não compartilham propriedades físicas: eles têm caráter pictográfico, auditivo e textual. Porém, apesar das diferenças físicas entre eles, uma pessoa que abstraiu a dica contextual “igual” é capaz de responder à palavra queijo de forma similar a imagem do alimento (e vice-versa) ao ser informada que “um é igual ao outro”.

Além do contexto relacional, que sinaliza o tipo de relação entre estímulos, outro tipo de dica contextual pode ser abstraída. Sendo a relação entre eles simbólica, não é mais evidente a propriedade dos estímulos na qual a relação está se baseando. Dois estímulos podem ser iguais nas dimensões de valor, beleza, perigo, custo dentre inúmeras outras. Portanto, outras dicas verbais podem ser abstraídas e atuar como contextos funcionais, sinalizando o tipo de função que será transformada e, conseqüentemente, a resposta evocada. A frase “presunto é tão gostoso quanto queijo” estabelece uma igualdade em termos de sabor por causa da palavra “gostoso”, que atua como contexto funcional, transformando a função evocativa para respostas relacionadas à alimentação; já a frase “presunto é tão caro quanto queijo” os relaciona em termos de custo devido ao contexto funcional “caro”, que transforma a função evocativa para respostas relacionadas à compra e venda.

O treino relacional arbitrário é responsável pelo surgimento do comportamento operante denominado de responder relacional arbitrariamente aplicável (RRAA). Isso

simplesmente significa que, dados dois estímulos arbitrários (ao menos um com função previamente adquirida) e as dicas contextuais apropriadas, o indivíduo passa a ser capaz de responder a um em função do outro e derivar novas relações simbólicas de acordo. A história de contingências responsável pela aprendizagem do RRAA pode ser um dos grandes motivos para os achados de que bebês humanos e animais não-humanos apresentam dificuldades no estabelecimento de relações de equivalência, enquanto crianças humanas de cerca de dois anos são capazes de fazê-lo (Luciano, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2001). Ainda que tenha sido demonstrado o estabelecimento de simetria animais como leões marinhos e pombos em contextos experimentais ao serem adotados procedimentos específicos (Lionello-DeNolf, 2009), permanece uma lacuna na literatura de demonstração de relações de equivalência em laboratório e de simetria em não-humanos em ambiente natural.

Porém, a RFT não oferece uma proposta somente para o desenvolvimento de classes de equivalência, mas expande essa conceituação, argumentando que a equivalência (também chamada de coordenação) é apenas uma das possíveis relações simbólicas entre estímulos (Hayes et al., 2001). A RFT defende que existem outros tipos de responder relacional, cada um fruto de uma história de aprendizagem por TME de responder relacional e caracterizada por dicas contextuais relacionais específicas, como oposição (e.g., OPOSTO A), distinção (e.g., DIFERENTE DE), comparação (e.g., MAIOR/MENOR QUE), hierarquia (e.g., PERTENCE A), temporalidade (e.g., ANTES/DEPOIS DE), espacialidade (e.g., PERTO/LONGE), causalidade (e.g., SE/ENTÃO) e dêiticas, baseadas na perspectiva do falante (e.g., EU/VOCÊ; AQUI/ALI; AGORA/ANTES/DEPOIS).

Cada um destes padrões de RRAA, caracterizado por relações derivadas descritas por implicação mútua, implicação combinatória e transformação de função (termos mais genéricos para simetria, transitividade e transferência de função, respectivamente) é denominado de “moldura relacional”. Note que o padrão de derivação e mudança de função é diferente a depender da moldura envolvida, justificando a mudança de termos. Por exemplo, se A for igual a B, B é igual a A; porém, se A for maior que B, B é menor e não maior que A: toda simetria é uma relação de implicação mútua (i.e., ambos estímulos estão mutuamente relacionados), mas nem toda implicação mútua é uma simetria (Critchfield & Rehfeldt, 2019). Do mesmo modo, se A for apetitivo e A for igual a B, B será apetitivo; porém, se A for apetitivo e A for oposto a B, B será aversivo.

Em suma, a proposta da RFT é a de que os seres humanos são capazes de responder a diversos tipos de relações simbólicas entre estímulos para além da equivalência e que tal comportamento (RRAA) é um operante contextualmente controlado, produto de uma história

de contingências de TME de responder relacional e capaz de transformar a função de outros estímulos.

Esta asserção estimulou uma série de linhas de pesquisa, tanto da área básica quanto aplicada, que têm fornecido evidências para embasar suas hipóteses teóricas (cf. Dymond & Roche, 2013; Zettle et al., 2016). Inicialmente, as investigações se concentraram em pesquisas de demonstração dos princípios descritos acima (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Luciano & McEnteggart, 2017). Em primeiro lugar, foram feitas demonstrações experimentais em laboratório do estabelecimento de redes de relações simbólicas entre previamente neutros (e.g., figuras abstratas ou sílabas sem sentido) por meio de diversas molduras relacionais, caracterizadas por controle contextual, relações derivadas e transformação da função de estímulos. Além das relações de equivalência, amplamente estudadas, relações de oposição (e.g., Dymond & Barnes, 1995; 1996; Dymond, Roche, Forsyth, Whelan & Rhoden, 2007; 2008; O’Hora, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2002; Perez, De Almeida & De Rose, 2015; Roche & Barnes, 1996; Roche, Barnes-Holmes, Smeets, Barnes-Holmes & McGeady, 2000; Steele & Hayes, 1991; Whelan & Barnes-Holmes, 2004), distinção (e.g., Cullinan, Barnes-Holmes & Smeets, 2001; Roche & Barnes, 1996; Steele & Hayes, 1991), comparação (e.g., dos Santos, Perez, de Almeida & de Rose, 2017; Dougher, Hamilton, Fink & Harrington, 2007; Dymond & Barnes, 1995; O’Hora, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2002; Roche & Dymond, 2010; Vitale, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Campbell, 2008; Whelan, Barnes-Holmes & Dymond, 2006), hierarquia (e.g., Gil, Luciano, Ruiz & Valdivia-Salas, 2012; 2014; Slaterry & Stewart, 2014), temporalidade (e.g., O’Hora, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2004; O’Hora, Barnes-Holmes & Stewart, 2014) e espacialidade (e.g., May, Stewart, Baez, Freegard & Dymond, 2017) foram produzidas em contextos experimentais.

Ademais, outro conjunto de estudos empregou procedimentos de MET para ensinar tipos específicos de responder relacional e demonstrar mudanças significativas nesses repertórios, como no caso de molduras de coordenação (e.g., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2011a; 2011b; Dunne, Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Murphy, 2014; Gómez, López, Martín, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2007; Luciano, Becerra & Valverde, 2007; Rosales, Rehfeldt & Lovett, 2011; Varelas & Fields, 2015), oposição (e.g., Dunne, Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Murphy, 2014), distinção (e.g., Dunne, Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Murphy, 2014); comparação (e.g., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Smeets, Strand & Friman, 2004; Berens & Hayes, 2007; Dunne, Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Murphy, 2014; Rossit & Goyos, 2015) e dêiticas (e.g., Baker, 2009; Gould, Tarbox, O’Hora, Noone & Bergstrom, 2011; Heagle & Rehfeldt, 2006;

Melendéz, 2010; O'Neill & Weil, 2014; Rehfeldt, Dillen, Ziomet & Kowalchuk, 2007; Weil, Hayes & Capurro, 2011).

Por fim, um terceiro conjunto de pesquisas são as demonstrações de que o responder relacional possui propriedades características do comportamento operante, como desenvolvimento ontogênico (e.g., Lipkens, Hayes & Hayes, 1993), controle antecedente (e.g., Bush, Sidman & de Rose, 1989; Gatch & Osborne, 1989; Lynch & Green, 1991; Meehan & Fields, 1995; O'Hora, Barnes-Holmes & Stewart, 2014; Steele & Hayes, 1991) e controle consequente (e.g., Healy, Barnes-Holmes & Smeets, 1998; 2000; O'Hora, Barnes-Holmes & Stewart, 2014; Wilson & Hayes, 1996).

Em conjunto, as evidências acima oferecem suporte para a proposta da RFT, na qual o RRAA ocupa papel central. A importância do RRAA para os seres humanos é parcialmente decorrente das características constituintes deste operante (Hayes et al., 2001). A arbitrariedade permite que, em teoria, qualquer estímulo possa ser relacionado com qualquer outro, dada uma dica contextual apropriada. Assim, pequenos gestos, sons e marcas no papel, respostas de baixo custo e de fácil percepção pelo outro, podem adquirir função de estímulo e, dessa forma, ocupar uma posição de extrema importância no comportamento humano enquanto palavras, influenciando o comportamento de outras pessoas.

Já o caráter indireto das relações significa que as pessoas podem responder a um estímulo em função de sua relação com outro, prescindindo do contato direto com o primeiro para responder de forma efetiva ao ambiente. Desta forma, pode-se aprender sobre eventos remotos e probabilísticos sem a necessidade de esperar que eles ocorram; sobre eventos potencialmente perigosos sem correr risco de danos ao organismo; e sobre eventos passados, impossíveis de terem sido vivenciados diretamente pelo indivíduo.

Ademais, a derivação possibilita aumentar drasticamente a curva de aprendizagem com a transformação da função de muitos estímulos a partir do aprendizado de poucas relações. Em conjunto, essas três propriedades colocam esse repertório na base de muitas das características comumente associadas à espécie humana, como linguagem (Hayes et al., 2001; Stewart, McElwee & Ming, 2013), inteligência (Cassidy, Roche & O'Hora, 2010) e tomada de perspectiva do outro, incluindo empatia e mentira (Barnes-Holmes, McHugh & Barnes-Holmes, 2004; Vilardaga, 2009).

Levando em consideração as vantagens mencionadas acima, não é nenhuma surpresa que a comunidade verbal busque desenvolver esse repertório em todos os seus membros. De forma que é comum observar os cuidadores oferecendo modelo e modelando o operante RRAA das crianças de forma similar ao feito anteriormente diante da emissão das respostas verbais

não-simbólicas, seja por meio de consequências sociais generalizadas (e.g., aprovação, sorriso, atenção) ou socialmente mediadas (e.g., dar o que a criança pede, ajudá-la diante de um desafio).

Conforme a criança se engaja em RRAA, os critérios para o reforçamento destas respostas é progressivamente alterado pela comunidade verbal no ensino informal e formal, favorecendo respostas relacionais cada vez mais complexas e coerentes (Barnes-Holmes et al., 2017). Em primeiro lugar, passa-se a exigir que cada vez mais estímulos integrem relações simbólicas com outros estímulos e que sejam estabelecidas relações progressivamente mais complexas, passando de relações simples (e.g., mussarela é um tipo de queijo) para redes relacionais (e.g., mussarela, gorgonzola e brie são tipos de queijos, porém diferentes entre si), relações entre relações (e.g., mussarela é um tipo de queijo, assim presunto é um tipo de embutido, mas queijos e embutidos são diferentes) e relações entre redes relacionais (e.g., queijos, em seus diferentes tipos, e embutidos, em seus diferentes tipos, são categorizados como distintos alimentos, dentre muitos outros) (Barnes-Holmes et al., 2017).

Em segundo lugar, a comunidade verbal não reforça somente o estabelecimento de relações mais complexas, mas também que exige que elas sejam coerentes com aquelas previamente reforçadas (Barnes-Holmes et al., 2017; Gergen & Gergen, 1988; Zettle & Hayes, 1986). Afinal, relações incongruentes evocam respostas incompatíveis do ouvinte, que se torna incapaz de responder ao falante de forma efetiva (Wray, Dougher, Hamilton & Guinther, 2012). Se mussarela for categorizada pela criança ora como um tipo de queijo, ora como um tipo de embutido, a comunicação entre falante e ouvinte é prejudicada: se o adulto pedir queijo, é possível que a criança não pegue a mussarela; diante da vontade de comer mussarela, a criança pode pedir por um embutido e não obter o alimento que buscava.

Além da alteração do critério de reforçamento social para o reforçamento de RRAA, uma outra mudança importante nas contingências ocorre quando o indivíduo aprende a desempenhar um papel verbal duplo, atuando como falante e ouvinte de si mesmo (cf. Skinner, 1957).

Inicialmente, todas as falas possuem uma função interpessoal, sendo direcionadas à outras pessoas, como ao pedir, perguntar ou responder perguntas. Nesse contexto, a criança alterna entre os papéis de falante e ouvinte com o interlocutor. Mas, com o tempo, é possível observar o surgimento de “falas egocêntricas”, não direcionadas a outra pessoa e caracterizadas por monólogos, ecolalias, autocomandos e descrições do ambiente independentes do outro (Piaget, 2002/1926; Vigotski, 2011). Esse tipo de verbalização parece prescindir de um ouvinte externo, que responda ao falante.

Porém, o ouvinte dessas verbalizações é o próprio falante (Skinner, 1957). De acordo com Vigostski (2011), as falas egocêntricas têm uma função importante no desenvolvimento ontogênico para a autorregulação da conduta. É por meio dela que a criança planeja, ensaia e direciona o seu próprio comportamento. Nesse ponto do desenvolvimento, a criança continua a se engajar no RRAA não somente em decorrência do seu impacto em outras pessoas, mas também porque ele permite, através da transformação de função, que ela interaja de modo mais efetivo com o seu ambiente: afirmar que “o fogão é quente” transforma a função do fogão, evocando respostas de esquiva e conseqüentemente, impedindo-a de se queimar, reforçando negativamente o RRAA. Logo, a frequência desse comportamento aumenta devido ao controle da dupla audiência: da comunidade verbal e do próprio falante.

Entretanto, o aumento de instâncias de RRAA é, dependendo da frequência e do contexto, aversivo para os demais membros da comunidade verbal. O falar incessante da criança passa a interferir negativamente no comportamento de outras pessoas ao seu redor e, em função disso, é punida pela comunidade verbal (Skinner, 1957). A punição social não extingue esse comportamento, uma vez que ele passou a ser central para a autorregulação do comportamento da criança. Porém, como forma de se esquivar destas conseqüências, o indivíduo passa a fazê-lo de forma encoberta, ao pensar (Skinner, 1957). O fato do pensar ter menor custo de resposta e ser feito mais rapidamente que o falar é mais uma razão que favorece sua ocorrência a nível encoberto (Skinner, 1957). Um conjunto de evidências de estudos experimentais, longitudinais e transversais corrobora a asserção de que as falas egocêntricas são percussoras do pensar, regredindo ao nível encoberto com o desenvolvimento (Diaz & Berk, 2014; Winsler, Fernyhough & Montero, 2009). É possível esboçar um paralelo a esse processo ontogênico no nível cultural na passagem da leitura em voz alta enquanto atividade coletiva para uma leitura individual e privada com o advento da imprensa e da alfabetização na modernidade (cf. Manguel, 1997).

A passagem da fala aberta para encoberta (i.e. pensar) implica que esses dois comportamentos, apesar de serem frequentemente conceituados como muito diferentes no senso comum (atestado por expressões comuns, como “falei sem pensar” ou “eu pensei, mas não falei”), em uma perspectiva analítico-comportamental, são similares no sentido de serem instâncias de RRAA, governados pelos mesmos princípios comportamentais, e terem uma origem histórica compartilhada, com o pensar sendo aprendido a partir do falar. Isto não implica que pensar e falar constituem uma classe funcional, uma vez que cada uma destas categorias amplas de comportamento pode exercer múltiplas funções (Andery & Sérgio, 2003). Mas, em termos gerais, a grande distinção entre eles seria no quesito da acessibilidade das

respostas emitidas: somente o próprio indivíduo que pensa tem um contato especial com seus pensamentos (Skinner, 1957; 1974). Como abordado em maior profundidade na próxima seção, a diferença de acessibilidade acarreta em contingências de reforçamentos distintas e, com isso, algumas particularidades de cada forma de se comportar.

A primeira delas é que tanto a possibilidade de punição social quanto o menor custo de resposta envolvido aumentam a proporção de respostas relacionais encobertas sobre abertas. Sem restrições sociais, o indivíduo continua a se engajar no comportamento de RRAA privado com uma frequência ainda maior e, por isso, adquire extrema fluência nesse repertório, ao ponto de que muitos autores descreveram a existência de um fluxo contínuo de pensamentos (e.g., James, 1890). As demais serão abordadas na próxima seção.

Em resumo, retomando o exemplo de Marina, a resposta à questão de por que ela se comporta verbalmente parte da compreensão deste comportamento como o operante RRAA, produto de uma longa história de contingências arranjadas pela comunidade verbal, com critérios progressivamente alterados, culminando em sua complexificação, refinamento e ocorrência da resposta a nível encoberto.

2.4. Por que as Pessoas Respondem ao seu Próprio Comportamento Verbal?

As últimas duas seções ajudam a elucidar como Marina aprendeu a se comportar verbalmente de forma aberta e encoberta e como isso é capaz de afetar seus demais comportamentos por meio da transformação da função de estímulos. Porém, resta esclarecer por que eles de fato o falar e o pensar exercem controle sobre o seu próprio comportamento, evocando novas respostas. Afinal, não é difícil encontrar pessoas que fazem promessas para si mesmo, se comprometendo a tomar atitudes que nunca de fato acontecem (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Prochaska & Norcross, 2001), fenômeno amplamente abordado na Ativação Comportamental (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) e na Entrevista Motivacional (Miller & Rolnick, 2012). Similarmente, um indivíduo adulto verbal tem milhares de pensamentos todos os dias, mas nem todos eles evocam uma reação sua: muitos são somente experienciados enquanto pensamentos intrusivos sem necessariamente desencadear novas respostas operantes, como cadeias de pensamentos (e.g., preocupação, ruminação) ou ações motoras abertas (Julien, O'Connor & Aardema, 2007; Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1983).

Tais observações empíricas indicam que a existência de verbalizações, abertas ou encobertas, é causa necessária, porém, não suficiente para a autorregulação verbal do comportamento. O fato do comportamento verbal poder evocar novas respostas ao transformar

a função de estímulos não implica que ele necessariamente o fará. Portanto, ao invés de dar como um fato dado que as pessoas reagem aos seus próprios pensamentos, deve-se investigar quais as contingências que promovem tal comportamento (Hayes, Kohlenberg & Melancon, 1989; Zettle, 2005).

Um ponto de partida é entender as respostas operantes da pessoa às suas próprias falas, sejam elas abertas ou encobertas, como relações resposta-resposta. Sendo relações resposta-resposta explicações insuficientes dentro da filosofia behaviorista radical (Hayes & Brownstein, 1986), é preciso identificar as variáveis ambientais que dão suporte à existência e manutenção desta relação de controle. Para isso é necessário analisar as consequências destas relações resposta-resposta no ambiente. Devido às dificuldades metodológicas em analisar as relações funcionais entre o pensar e outras respostas do indivíduo por causa do caráter encoberto do primeiro (cf. Hayes, 1986), um caminho inicial mais frutífero advém da análise das relações funcionais entre o comportamento do indivíduo e falas abertas, sejam estas do próprio indivíduo ou de outra pessoa, em busca de variáveis controladoras relevantes. Nesse sentido, as literaturas de seguimento de regras (cf. Paracampo & Albuquerque, 2005; Teixeira Júnior, 2007), correspondência dizer-fazer (cf. Perez, 2017; Wechsler & do Amaral, 2009) e coerência relacional (cf. Barnes-Holmes et al., 2017) são de extrema relevância.

Primeiramente, a literatura do seguimento de regras distingue entre dois grandes tipos de consequências responsáveis por aumentar a probabilidade de o indivíduo agir de acordo com conselhos ou ordens dadas por outras pessoas. De um lado, aquiescência se refere ao comportamento de seguir regras em função das consequências socialmente mediadas pelo emissor da regra mediante sua obediência ou desobediência. Do outro lado, rastreamento está relacionado ao comportamento de seguir regras em função da correspondência entre a regra e as contingências em vigor (Zettle & Hayes, 1982). Para ilustrar, imagine uma criança que é instruída pela mãe a levar um guarda-chuva quando sair. Caso ela obedeça à regra, essa pode ser uma instância de aquiescência se o comportamento da criança está sob controle do comportamento da mãe caso obedeça ou não (e.g., aprovação, castigo); ou de rastreamento se o comportamento da criança está sob controle das consequências de levar ou não um guarda-chuva (e.g., se molhar ou evitar a chuva). É importante ressaltar muitas vezes ambas as consequências interagem, de modo que uma instância de seguimento de regra pode ser influenciada por ambas (e.g., levar o guarda-chuva para evitar se molhar e ser castigado).

Como um indivíduo que aprendeu a seguir regras é capaz de aprender mais rapidamente sobre as contingências do que através do contato direto com elas, especialmente quando estas são potencialmente perigosas, muito complexas, sutis e/ou envolvem consequências ou de

longo prazo, a comunidade verbal busca instalar este comportamento no repertório em seus membros (Skinner, 1969; 1974). Inicialmente isto é feito por meio de consequências sociais (i.e, controle por aquiescência) e, então, idealmente, por meio da passagem gradual do controle, na medida do possível, para o rastreamento das consequências, favorecendo a sensibilidade, flexibilidade e autonomia do indivíduo (Hayes, Zettle & Rosenfarb, 1989).

Dada uma extensa história de reforçamento por seguir regras das mais variadas, este comportamento pode se tornar um operante generalizado². Um parêntesis é necessário aqui, porque apesar da importância desse termo na Análise do Comportamento, sua conceituação está longe de ser consensual (cf. Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2000). Catania (1995; 2007) adota um olhar mais estrutural e conceitua o operante generalizado como aquele composto por outros operantes, que foram funcionalmente agrupados por contingências de reforçamento comuns. Já autores da RFT argumentam que o operante generalizado é aquele que é incapaz de ser descrito em quaisquer termos topográficos, sendo, portanto, puramente funcional (Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2000). A despeito das diferentes conceituações, ambos grupos de autores constantemente citam imitação generalizada, *matching* de identidade e seguimento de regras como exemplos notórios³. Todos esses padrões de comportamento possuem algumas características compartilhadas: descrevem um tipo de responder relacional (i.e. ação do modelo e do imitador; estímulo-modelo e estímulo-comparação; regra e comportamento descrito pela regra), aprendido após uma extensa história de TME e que, uma vez aprendido, é menos sensível a mudanças nas contingências incidentes sobre uma única classe do responder relacional (i.e. após aprender a imitar de forma generalizada, colocar a imitação de palmas em extinção não produz efeitos significativos sobre o operante generalizado de imitação).

Em segundo lugar, a literatura de correspondência dizer-fazer sugere que a comunidade verbal não somente reforça diferencialmente quando o indivíduo se comporta de acordo com as regras provenientes de outras pessoas, mas também quando ele se comporta de acordo com suas próprias promessas do que irá fazer (Perez, 2017) ou descrições genéricas de suas próprias preferências e opiniões (Guerin, 1994). Os esforços da comunidade verbal para instalar esse comportamento não são sem propósito: é muito mais fácil prever o comportamento de uma pessoa que expõe o que irá fazer e age consistentemente de acordo. Novamente, essa longa

² Na literatura, o termo “operante generalizado” é intercambiável com “operante de ordem superior”.

³ De acordo com a RFT, o RRAA também é compreendido como um operante generalizado.

história de reforçamento é capaz de estabelecer a correspondência dizer-fazer como um operante generalizado.

Em terceiro lugar, a comunidade verbal tende a reforçar diferencialmente instâncias de RRAA coerentes com aquelas previamente estabelecidas pelo indivíduo e pela própria comunidade (Barnes-Holmes et al., 2017; Zettle & Hayes, 1986). Após uma longa interação com estas contingências, a manutenção da coerência verbal torna-se um poderoso reforçador condicionado (Festinger, 1957; Hayes et al., 2001). Essa afirmação é corroborada por evidências experimentais preliminares que apontam a preferência de sujeitos por redes coerentes sobre incoerentes (Bordieri, Kellum, Wilson & Whiteman, 2015; Wray et al., 2012), a resolução de redes ambíguas de modo coerente (Bordieri et al., 2015; Quiñones & Hayes, 2014), além de uma extensa literatura sobre o viés de confirmação na análise de informação e tomada de decisão (cf. Nickerson, 1998), que indica preferência por buscar e sobrevalorizar informações congruentes com relações previamente estabelecidas àquelas incongruentes (Millward & Spoehr, 1973; Mynatt, Doherty & Tweney, 1977; Snyder & Campbell, 1980; Snyder & Swann, 1978; Swann & Read, 1981a; 1981b).

Em conjunto, estas linhas de investigação sugerem que a comunidade verbal tende a reforçar diferencialmente que os indivíduos obedeçam às instruções, cumpram promessas e construam narrativas coerentes de modo generalizado, conseqüentemente construindo e mantendo relações funcionais resposta-resposta. Obviamente, a história de reforçamento destas relações é mais ou menos consistente de acordo com a história de vida de cada indivíduo. Porém, a despeito da variabilidade, o resultado final costuma ser um forte suporte social para a construção e manutenção destas relações. Tal suporte, somado à propriedade dos operantes generalizados de serem menos dependentes de reforçamento contínuo de cada resposta que compõe a classe permite que, quando o indivíduo passa a se comportar verbalmente de forma encoberta (i.e. pensar), tal controle ainda permaneça forte, mantendo as relações funcionais resposta-resposta.

Adicionalmente ao suporte social mais amplo para as relações resposta-resposta, tal relação pode ser diretamente reforçada mesmo quando a primeira resposta é uma instância de pensar e, portanto, inacessível à comunidade verbal, exacerbando a força destas relações funcionais. Em primeiro lugar, quando a coerência verbal adquire função de reforçador condicionado devido à longa história de contingências para tal, ela pode atuar como reforçador automático (cf. Vaughan & Michael, 1982) para relações resposta-resposta.

Em segundo lugar, uma vez que o indivíduo aprende a rastrear as conseqüências do seguimento de regras de outras pessoas, ele pode fazer o mesmo para suas próprias regras. Se

o seguimento delas produza reforçadores, aumenta a probabilidade de ele seguir autorregras similares no futuro. Caso esse padrão se repita com distintas autorregras, não ocorrerá somente um aumento da probabilidade de seguir autorregras diretamente reforçadas, mas também de seguir regras elaboradas por esse mesmo falante. Nesse sentido, ocorre a passagem (ao menos parcial) do controle por rastreamento para por aquiescência. No caso em questão, o falante é a própria pessoa, que adquire status de alguém cujas instruções são “confiáveis”. Fenômeno análogo é observado no âmbito interpessoal, no qual as pessoas têm uma tendência maior ou menor a seguir regras a depender da história de interação com o emissor das regras. Uma história na qual as regras oferecidas se provaram falsas, diminui a confiabilidade do falante e, portanto, sua capacidade de influenciar o comportamento do ouvinte (cf. Martinez-Sanchez & Ribes-Iñesta, 1996; Martinez & Tamayo, 2005).

Apesar da manutenção, em termos gerais, do controle sobre relações funcionais resposta-resposta quando estas são emitidas encobertamente, uma mudança significativa ocorre quando o indivíduo passa a pensar. O caráter encoberto destas respostas implica que a comunidade não possui acesso direto aos pensamentos do cliente. Portanto, a emissão da primeira resposta (i.e. o conteúdo do pensamento), passa a ser mais determinado pelas consequências deste no comportamento do próprio indivíduo do que no comportamento de outras pessoas: a função autorregulatória predomina sobre funções sociais. Consequentemente, são mais prováveis pensamentos com conteúdos socialmente pouco aceitos ou bem-recebidos desde que eles tenham funções importantes para o próprio indivíduo.

Assim, fantasias de diversos cunhos (e.g., sexuais, violentas), que seriam punidas socialmente por serem tidas como imorais ou indecentes, mas que refletem reforçadores importantes para a pessoa, podem ser experienciadas privadamente com prazer (Skinner, 1953; Smith, Michael & Sundberg; Sundberg, Michael, Partington & Sundberg, 1996; Vaughan & Michael, 1982). Preocupações sobre desfechos futuros negativos que provavelmente nunca ocorrerão (e, portanto, seriam ridicularizados por outras pessoas), podem ser imaginados e, com isso, aumentar a chance do indivíduo evitá-los (Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz, 1999; Wells, 1999; 2005). Eventos passados podem ser ruminados de forma obsessiva em busca de compreendê-los e evitar novas ocorrências no futuro sem que outras pessoas a punam em função da repetição incessante do mesmo conteúdo (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Por fim, pessoas podem se engajar em cadeias de pensamentos como forma de evitar entrar em contato com sentimentos, memórias ou imagens aversivas ou de desconectar de situações externas aversivas (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Roemer & Orsillo, 2002).

Retornando ao exemplo de Marina, isso significa que ao imaginar as possíveis perguntas que seriam feitas na entrevista de emprego, algumas dessas possíveis funções pode influenciar o conteúdo de seus pensamentos. Por exemplo, as perguntas imaginadas previamente podem ter um caráter muito mais complexo e vexaminoso do que de fato as que foram feitas. Porém, ao imaginar esse cenário e planejar possíveis respostas, a probabilidade de ela obter um desempenho satisfatório na entrevista aumenta (reforçamento negativo) e, conseqüentemente, a probabilidade de ela imaginar perguntas desconexas da realidade e muito aversivas, também. Alternativamente, Marina pode imaginar-se em um cenário no qual ela responda todas as perguntas de modo tão satisfatório que seja admirada pelos apresentadores ou no qual ela reaja agressivamente diante de perguntas invasivas. Ambos cenários são improváveis, mas podem ter função de reforçamento automático, ainda que em menor magnitude do que teriam caso de fato ocorressem.

2.5. Autorregulação verbal do comportamento e sofrimento psicológico

As seções anteriores ofereceram uma explicação de por que seres humanos aprendem a falar e a pensar, de que modo essas palavras e frases podem exercer controle sobre o comportamento e por que o indivíduo de fato reage a elas com outras respostas. A narrativa acima sugere que, ao longo do desenvolvimento ontogênico, um indivíduo de desenvolvimento típico se engajará progressivamente em RRAA com maior frequência e fluência. A tal ponto que porções cada vez maiores do ambiente são respondidas em termos de suas funções verbalmente adquiridas: o controle verbal passa a estar progressivamente mais presente e regular o comportamento do indivíduo (Hayes et al., 2001). Conseqüentemente, não é incomum que uma pessoa responda a um estímulo predominantemente em termos de suas funções simbolicamente adquiridas a despeito de outros controles de estímulo possíveis. Quando isso ocorre, terapeutas ACT empregam o termo de nível intermediário “fusão cognitiva” (Hayes et al., 2012).

A fusão cognitiva não é benéfica ou prejudicial ao indivíduo em si (Hayes et al., 2012). Seu valor adaptativo é dependente de algumas variáveis, dentre elas, as respostas evocadas pela transformação de função e a flexibilidade do RRAA em questão. No exemplo de Marina, foi importante para ela que seu comportamento de colocar o alarme estivesse sob controle de seus cálculos de quando deveria acordar e não do seu estado de privação de sono. Caso contrário, ela possivelmente teria perdido a entrevista e permanecido sob os lençóis. No outro extremo, imagine que ela esteja viajando pela China e se depare com a seguinte figura no cardápio de um restaurante:



Figura 4. Caractere “yú” em mandarim

Não sendo fluente em mandarim, ela provavelmente responderá às propriedades formais da figura: a cor da tinta, a fluidez dos traços ou a semelhança física com uma janela, por exemplo. Porém, um chinês nativo responderá ao caractere como um estímulo em uma relação de coordenação com o animal peixe. Neste caso, somente a pessoa que responde ao estímulo em termos de suas funções verbalmente adquiridas (i.e., o chinês, fluente em mandarim) será capaz de “compreender o seu significado”, pedindo esse prato caso deseje comer peixe; ou pedindo outra coisa, caso não deseje comer peixe. À Marina não será possível tal escolha, a menos que alguém lhe informe que “yú significa peixe”, permitindo que esse caractere em mandarim entre em uma relação de coordenação com a palavra portuguesa “peixe” e o próprio animal. Neste cenário, um estado descrito como “fusão cognitiva” seria benéfico a ela.

Entretanto, em outras situações, a fusão cognitiva pode ser extremamente prejudicial ao indivíduo (Dymond, Roche & Bennett, 2013; Hayes et al., 2001; Villatte, Villatte & Hayes, 2015). Retomando o caso de Marina, imagine que ela tenha um histórico recente de fracassos em entrevistas de emprego. Com base neste histórico de aprendizagem, é possível que, ao se planejar para a entrevista, ela imagine cenários nos quais suas respostas são recebidas com desinteresse ou duras críticas pelos entrevistadores. Este padrão de RRAA relaciona verbalmente a entrevista com julgamentos por meio de relações de causalidade, de modo que a função aversiva de humilhação, previamente adquirida, transforma a função da entrevista, caracterizando uma “generalização simbólica” do medo para novos estímulos (cf. Dymond, Dunsmoor, Vervliet, Roche & Hermans, 2015).

A entrevista, agora com função aversiva de grande magnitude, passa a eliciar sentimentos de ansiedade e evocar respostas de evitação e/ou controle, como novas instâncias de RRAA prevendo e planejando detalhes cada vez menores e cenários cada vez mais improváveis; checagem, pesquisando sobre a empresa ou pedindo ajuda a colegas de forma obsessiva; e esquiva da entrevista, cancelando ou simplesmente não aparecendo no horário

combinado. Nesse caso, as respostas evocadas dificilmente contribuirão para que Marina faça a entrevista e tenha um desempenho satisfatório. Ao contrário, a busca de previsão e controle provavelmente não acarretará em novas informações úteis, especialmente se o padrão de RRAA enfatizar aspectos fora do controle de Marina (e.g., competência de outros candidatos ou humor dos entrevistadores no dia) e progressivamente mais abstratos (e.g., passando de “eu não sei responder essa pergunta” para “eu não sou uma boa profissional”) (Borkovec, 1994; Ehring & Watkins, 2008; Stöber & Borkovec, 2002; Stöber, Tepperwien & Staak, 2000). E a evitação impedirá qualquer possibilidade de que ela obtenha o emprego desejado, se afastando de importantes reforçadores positivos e, a depender, agindo de forma incongruente com seus valores.

Porém, caso ela se esquive da entrevista, também evitará qualquer possibilidade de ser julgada. Tal reforçador negativo não somente aumenta a probabilidade de que Marina se esquive de futuras entrevistas, como também a de ter pensamentos fatalistas parecidos no futuro, que passam a exercer cada vez mais uma função autorregulatória importante em seu repertório. Ademais, o seu padrão evitativo implica que ela não expõe a novas oportunidades de aprendizagens e, com isso, possíveis interações reforçadoras em entrevista que poderiam alterar este padrão (cf., Galizio, 1979; Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb & Korn, 1986; Matthews, Shimoff, Catania & Sagvolden, 1977; Shimoff, Catania & Matthews, 1981). Em conjunto isso constitui um padrão de “armadilha psicológica” difícil de ser rompido, uma vez que requer o engajamento de Marina em entrevistas não caracterizadas por julgamentos duros.

E mesmo que ela entre em contato com novas experiências reforçadoras (e.g., entrevistas de emprego bem-sucedidas), isso não necessariamente será suficiente para alterar o seu comportamento (cf. Hayes et al., 1986; Hayes, Brownstein, Haas & Greenway, 1986; Pilgrim & Galizio, 1990; 1995; Roche, Barnes & Smeets, 1997; Shimoff, Catania & Matthews, 1981). Seu padrão de comportamento pode ser pouco sensível a mudanças nas contingências, sendo caracterizado como rígido, e não flexível. Existem algumas hipóteses funcionais para explicar essa rigidez decorrentes da interação entre as contingências históricas de punição em situações de entrevista e as contingências atuais.

Em primeiro lugar, o controle de estímulos de Marina pode estar mais restrito, prejudicando novas aprendizagens. De um lado, ela está mais sensível a evidências de ameaças (cf. Matthews & McLeod, 1984; McLeod, Matthews & Tata, 1986; Mogg, Mathews & Weinman, 1989). Do outro lado, caso ela não deixe de pensar continuamente ao entrar na entrevista e se engaje em RRAA privadamente durante a interação social (e.g., avaliando excessivamente o conteúdo de sua próxima fala e editando-a), ela estará se comportando. E,

com isso, restringindo seu controle de estímulos ainda mais, dessa vez para seu próprio pensar, minimizando a influência dos demais estímulos ambientais, como o comportamento da outra pessoa (cf. Critchfield & Rehfeldt, 2019; Ingram, 1990; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010; Spurr & Stopa, 2002). O foco em ameaças externas e em seu próprio comportamento alteram o controle de estímulos de Marina na interação social, diminuindo sua sensibilidade ao outro. Conseqüentemente, aumenta a probabilidade que ela emita respostas descontextualizadas ou que tenham efeito desagradável para o ouvinte, ambas passíveis de punição social. Simultaneamente, diminui-se a probabilidade de que ela atente às contingências sociais reforçadoras do entrevistador, que, portanto, exercerão menor controle sobre seu comportamento.

Entratanto, ainda que ela esteja sensível a contingências de reforçamento positivo durante a entrevista, esta experiência pode ser incongruente com as relações verbais construídas por Marina ao longo de sua vida, na qual entrevistas de emprego levam a consequências aversivas. Como mencionado anteriormente, durante o desenvolvimento ontogênico, a coerência verbal torna-se um importante reforçador condicionado (Hayes et al., 2001). Sendo seu oposto, a incoerência verbal, uma forte estimulação aversiva, enquanto operação motivacional ela evoca respostas para reduzir tal aversividade (cf. Michael, 1993). Muitas vezes isso tem o formato de novas respostas relacionais que reduzam a incongruência, como minimizar o seu desempenho (e.g. “Eu fui melhor do que da última vez, mas não tão bem assim”), desqualificar o outro (e.g., “Eles só foram simpáticos porque estavam com dó de mim”) ou relativizar a situação (e.g., “Esses entrevistadores foram simpáticos, mas isso foi a exceção”) (Festinger, 1957; Gómez-Martin, López-Ríos & Mesa-Manjón, 2007; Villatte et al., 2015). Deste modo, o impacto das novas contingências é minimizado por essas instâncias de responder relacional em função da manutenção da coerência verbal: o indivíduo está enviesado (Wray, Freund & Dougher, 2009).

Em resumo, quando o indivíduo se engaja em RRAA, a transformação de função decorrente pode vir a exercer forte controle sobre o comportamento do indivíduo ao transformar a função de estímulos de modo a eliciar e evocar respostas com alta probabilidade a despeito de outras propriedades e funções de estímulos (i.e., fusão cognitiva). Duas características do controle verbal indicam se este será benéfico ou prejudicial ao indivíduo: as respostas evocadas pela transformação de função, incluindo suas consequências em curto e longo prazo; e a flexibilidade do RRAA em mudar de acordo com novas experiências de aprendizagem.

Portanto, a conceituação da fusão cognitiva como algo favorável ou prejudicial ao indivíduo deve ser decorrente de uma análise idiográfica e funcional do contexto do cliente e não uma avaliação *a priori* de que é uma causa de sofrimento. Afinal, caso o comportamento de Marina estivesse sob forte controle verbal de uma relação simbólica distinta, como “ir a entrevista é um ato corajoso, logo, importante”, a resposta evocada seria de aproximação e não evitação, portanto efetiva no contexto, apesar de certa rigidez. Do mesmo modo, caso ela estivesse sensível ao contexto da entrevista e flexível o suficiente para alterar o controle verbal diante de uma experiência positiva na entrevista, também dificilmente haveria um problema clínico persistente ainda que ela tivesse pensamentos de fracasso, que aumentam a aversividade da situação.

3 – A Desfusão Cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (Estudo I – Parte 1)

3.1. Justificativa

Nenhum conceito psicológico é construído no vácuo. Ele é sempre o produto dos esforços de cientistas dentro do contexto de uma teoria psicológica específica (Machado, Lourenço & Silva, 2000). No caso da desfusão cognitiva, esse contexto é a Análise do Comportamento. Mais precisamente, o conjunto de relações funcionais que envolvem o controle verbal do próprio comportamento e que originam, exacerbam e/ou mantêm o sofrimento psicológico de indivíduos. Portanto, uma análise conceitual adequada do conceito de desfusão cognitiva depende, necessariamente, da compreensão desta parte da teoria, como apresentada no capítulo 2.

Porém, mesmo com esta compreensão, tal análise não é frequentemente elaborada. No âmbito da Psicologia, pesquisas conceituais têm usualmente ficado no plano de fundo de pesquisas empíricas, tanto básicas quanto aplicadas, em termos do esforço dedicado e prestígio concedido a elas (Laurenti, Lopes & Araújo, 2016; Machado, Lourenço & Silva, 2000). Entretanto, tal cenário desigual não corresponde à importância da pesquisa conceitual para o desenvolvimento da ciência psicológica (Laurenti, Lopes & Araújo, 2016; Machado, Lourenço & Silva, 2000; Machado & Silva, 2007):

“Em primeiro lugar, uma investigação de teorias e conceitos geralmente põe em evidência ambiguidades, contradições, lacunas, imprecisões, excessos, insuficiências, falácias, contrassensos dos projetos de psicologia. Mesmo que isso provoque algum desconforto, esses resultados podem descortinar possibilidades até então não vislumbradas de correção, aprimoramento e avanço das teorias investigadas” (Laurenti, Lopes & Araújo, 2016, p. 9).

A pesquisa conceitual pode ter distintos objetivos, como avaliar a clareza de conceitos, as relações estabelecidas entre os conceitos e a consistência destas relações (Machado & Silva, 2007). No primeiro caso, os esforços são direcionados para identificar como um determinado conceito é empregado, analisando e resolvendo possíveis ambiguidades, que podem incluir o uso de um conceito para se referir a dois ou mais fenômenos ou a utilização de dois ou mais conceitos para descrever o mesmo fenômeno. Este tipo de investigação é essencial para avaliar se as críticas feitas ao conceito “desfusão cognitiva” e sua relação com processos

comportamentais básicos são válidas; e, caso a resposta seja positiva, estabelecer tal conexão de modo mais claro e explícito.

No entanto, antes de prosseguir, é importante notar que investigações conceituais no âmbito da Análise do Comportamento, podem se beneficiar ao estabelecer uma distinção prévia entre categorias de conceitos diferentes. Mais precisamente, uma distinção entre estado inicial, procedimento, processo e estado final⁴. Baseando-se nos trabalhos de Millenson (1975) e Lopes (2008), pode-se argumentar que se fosse possível congelar o fluxo de comportamento de um organismo, seria possível observar uma tendência de seu comportamento, caracterizado por interações funcionais entre o organismo e o ambiente (estado inicial). Nesse momento, é possível manipular eventos ambientais (procedimento). Tal manipulação produz alterações nas relações funcionais entre o organismo e o ambiente (processo). E ao final do processo, atinge-se um novo estado comportamental (resultado).

Tal distinção é de extrema importância, porque sem ela podemos confundir tipos de conceitos diferentes, cometendo erros de categoria (cf. Ryle, 1949/2000), tratando procedimentos como processos, por exemplo. Este cuidado é ainda mais crucial considerando que muitos conceitos analítico-comportamentais confluem dois ou mais desses aspectos em um único nome. Por exemplo, “reforçamento” é utilizado para descrever tanto um procedimento (i.e., apresentação de um estímulo apetitivo ou retirada de um estímulo aversivo de modo contingente a uma classe de respostas) quanto um processo (i.e., aumento na frequência de uma classe de respostas ao longo do tempo em função do procedimento acima) (Catania, 2007). “Extinção” apresenta problema semelhante.

3.2. Objetivo

Descrever como o termo “desfusão cognitiva” tem sido empregado na literatura da ACT e avaliar criticamente sua clareza conceitual.

3.3. Método

Foi realizado um estudo bibliográfico exploratório sobre o conceito de “desfusão cognitiva” na literatura da ACT. O caráter exploratório do estudo indica que não houve uma metodologia sistemática de procura de fontes, seleção de textos e fichamento destes, mas sim

⁴ O termo “estado final” também pode ser denominado de resultado, portanto ambos os termos serão utilizados ao longo do texto de forma intercambiável.

um levantamento bibliográfico flexível com o objetivo de familiarizar o pesquisador com o tema e auxiliá-lo na delimitação do objeto de pesquisa (Gil, 2002).

A busca de fontes e leitura foi iniciada com três livros-base da ACT: o primeiro manual da modalidade (Hayes et al., 2012); um livro de ensino e treino de habilidades terapêuticas (Luoma, Hayes & Walser, 2017); e outro com ênfase na conceituação de caso (Bach & Moran, 2008).

A partir da leitura dos livros-base, foram realizadas buscas em bases de dados com os termos “defusion”, “cognitive defusion”, “desfusão” e “desfusão cognitiva” em isolamento ou em conjunto com os termos “Acceptance and Commitment Therapy” e “Terapia de Aceitação e Compromisso” (Google Scholar, PsychINFO, SciELO e PubMed), incluindo resultados até e inclusive 2019; no site da Association for Contextual Behavioral Science (<https://contextualscience.org/>); e nas referências bibliográficas dos textos lidos. O objetivo dessas pesquisas foi encontrar artigos, dissertações, teses, capítulos e livros que apresentassem o modelo da ACT em sua totalidade (e.g., Hayes et al., 2006); ou que tratassem prioritariamente da desfusão cognitiva (e.g., Blackledge, 2007; 2015; Snyder, Lambert & Twohig, 2011).

Toda essa literatura ajudou o pesquisador a se familiarizar com a desfusão cognitiva e optar por dividir o tema seguindo o *framework* exposto acima, dividindo os resultados em termos de estado inicial, estado final, procedimentos e processos. No contexto da desfusão cognitiva, isso significa que é possível distinguir quatro aspectos complementares: os padrões comportamentais do cliente que acarretam em sofrimento; os objetivos almejados diante desse sofrimento; os exercícios e técnicas utilizadas para alcançar estes objetivos (incluindo as evidências de eficácia destes); e os processos hipotetizados por serem responsáveis por produzir as mudanças clínicas.

Após a revisão exploratória da literatura, os resultados a respeito dos processos envolvidos na desfusão cognitiva foram avaliados criticamente, em termos de sua consistência lógica e correspondência com dados empíricos da literatura analítico-comportamental. Esta análise é apresentada no capítulo 4.

3.4. Resultados

3.4.1. Por que desfusão cognitiva? (estado inicial)

Primeiramente, é importante compreender em que contextos a desfusão cognitiva surge como uma estratégia clínica que pode trazer benefícios ao cliente, isto é, diante de quais relações funcionais entre organismo e ambiente terapeutas ACT escolhem empregar a desfusão cognitiva.

Ao propor o Modelo de Flexibilidade Psicológica, os autores relacionam os seis termos de nível intermediário com suas contrapartes em um modelo de psicopatologia: o Modelo de Inflexibilidade Psicológica (cf. Hayes et al., 2012). No caso da desfusão cognitiva, sua contrapartida é a fusão cognitiva (Hayes et al., 2006; 2012; Luoma et al., 2017). Como mencionado no capítulo anterior, a fusão cognitiva não é benéfica ou prejudicial em si mesmo: seu valor adaptativo depende das respostas evocadas e da rigidez do controle verbal. Portanto, a desfusão cognitiva, enquanto estratégia terapêutica, é utilizada em situações na qual a conceituação do caso sugere que o comportamento do cliente está sob forte controle verbal, de modo que ele está respondendo primariamente às propriedades simbolicamente adquiridas de estímulos; e tal padrão de resposta está causando sofrimento psicológico por afastar o cliente de uma vida baseada em seus valores pessoais e ser rígido.

3.4.2. Os objetivos da desfusão cognitiva (estado final)

Diante da avaliação clínica de que processos verbais estão contribuindo para o surgimento e/ou manutenção dos problemas do cliente, terapeutas podem optar por alterar este controle verbal de modo que ele evoque respostas mais alinhadas com os objetivos e valores do cliente. Esta estratégia foi amplamente adotada por terapeutas cognitivos e cognitivo-comportamentais, que apesar da inclusão do ensino de habilidades de enfrentamento e de solução de problemas, enfatizaram estratégias de mudanças no modo de pensar de seus clientes (Dobson & Dozois, 2010). Simplificadamente, essas técnicas de reestruturação cognitiva buscam criar um ambiente colaborativo em sessão no qual terapeuta e cliente se engajam no questionamento dos pensamentos do cliente (incluindo suas crenças e esquemas subjacentes, concebidos como constructos hipotéticos importantes na teoria cognitiva) em termos de sua validade lógica e empírica para, com isso, alterar o conteúdo delas (Knapp & Beck, 2008; Kopec, Beal & DiGiuseppe, 1994; Leahy, 2006).

A seguinte interação entre um terapeuta cognitivo e um cliente com diagnóstico de Transtorno de Pânico ilustra brevemente esse questionamento lógico-empírico:

Terapeuta: Quantas vezes no ano passado você tomou o metrô ou o ônibus?

Paciente: Tento evitá-los, mas diria que umas 25 vezes.

Terapeuta: E nos últimos quatro anos?

Paciente: Eu costumava usar mais o transporte público, de modo que diria que umas 150 vezes.

Terapeuta: E que porcentagem de tempo você previu que cairia desmaiada?

Cliente: Perto de 100%!

Terapeuta: Quantas vezes você desmaiou?

Paciente: Nenhuma.

Terapeuta: Então as suas previsões foram erradas cerca de 150 vezes – 100% do tempo?

Paciente: Acho que essas previsões não vão se realizar.

(Leahy, 2006, p. 126).

A partir de uma perspectiva analítico-comportamental, é possível argumentar que a reestruturação cognitiva permite que o cliente entre em contato com inconsistências e contradições entre um pensamento e outros aspectos do seu pensar (questionamento lógico) ou as contingências ambientais (questionamento empírico). E que, diante da aversividade da incoerência de suas redes relacionais, elabore e fortaleça novas relações entre estímulos mais flexíveis, sensíveis às contingências e que promovam comportamentos congruentes com os objetivos e valores do indivíduo (Blackledge, Moran & Ellis, 2009; Ciarrochi & Robb, 2005; Poppen, 1989; Zettle & Hayes, 1982). Dessa forma, o controle verbal sobre o comportamento permanece, porém é alterado.

É importante ressaltar que a alteração do controle verbal não é uma estratégia clínica exclusiva dos terapeutas cognitivos. Quando clínicos analítico-comportamentais afirmam estar intervindo sobre o controle de regras e autorregras, buscando modificá-las, é possível argumentar que eles estão justamente promovendo um processo similar, ainda que conceituado de modo diferente (cf. Hayes, Kohlenberg & Melancon, 1989; Meyer, 2005).

No exemplo clínico acima, havia uma forte relação de causalidade entre “transporte público” e “desmaiar”, de modo que ônibus e metrô adquirem simbolicamente função aversiva e passam a evocar respostas de ansiedade e esquiva. A partir do questionamento lógico-empírico, o terapeuta pode auxiliar o cliente a construir uma relação de causalidade entre “transporte público” e “permanecer consciente”. Caso essa nova relação construída promova transformação de função, o estímulo “transporte público” passará a ter duas funções simbolicamente adquiridas: uma que sinaliza perigo (proveniente da relação com “desmaiar”) e outra que sinaliza segurança (proveniente da relação com “permanecer consciente”). A oposição entre ambas significa que, caso a relação de segurança seja fortalecida, a relação de perigo perderá sua força. Consequentemente, a probabilidade do ônibus e metrô eliciarem ansiedade e evocarem fuga e esquiva é reduzida e a tendência a se aproximar destes transportes aumenta (Figura 5).

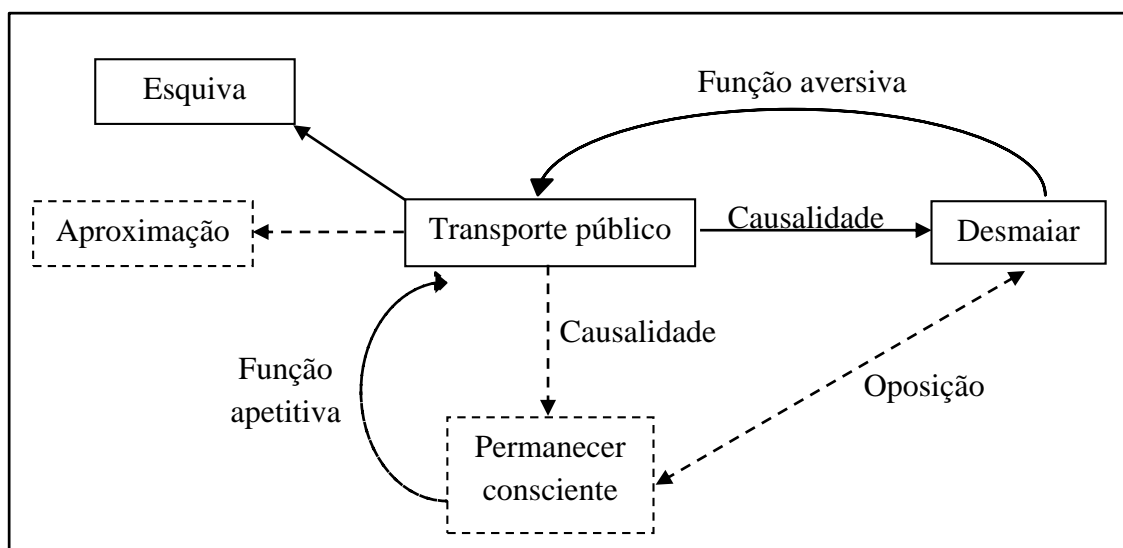


Figura 5. Esquematização do objetivo da reestruturação cognitiva (linha tracejada), na qual novas relações simbólicas são construídas e fortalecidas, reduzindo a influência das relações incongruentes.

Por meio deste processo, a reestruturação cognitiva pode promover resultados clinicamente significativos. Muitas terapias que a adotam como um elemento central do tratamento possuem fortes evidências de sua eficácia (Epp & Dobson, 2010) e são consideradas terapias baseadas em evidências (Division 12 of the American Psychological Association, 2016). Apesar do debate sobre os mecanismos de mudança clínica dessas modalidades terapêuticas (cf., Garratt, Ingram, Rand & Sawalani, 2007; Longmore & Worrell, 2007; Lorenzo-Luaces, German & DeRubeis, 2014), estudos análogos têm demonstrado que a reestruturação cognitiva é capaz de alterar tanto as respostas fisiológicas, emocionais, expressivas e motoras do indivíduo (Blechert, Wilhelm, Williams, Braams, Jou & Gross, 2015; Gross, 1998; Gruber, Hay & Gross, 2014; Heilman, Crisan, Houser, Miclea & Miu, 2010; Hoffman, Heering, Sawyer & Asnaani, 2009; Ray, McRae, Ochsner & Gross, 2010; Rood, Roelofs, Bögels & Arntz, 2012; Szasz, Szentagotai & Hofmann, 2011; Wolgast, Lundh & Viborg, 2011), mostrando-se uma ferramenta clínica útil.

Porém, a depender do caso, a alteração do controle verbal pode não ser a melhor decisão clínica. No consultório, variáveis moderadoras (cf. Kazdin, 2001a; 2007; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, Kupfer, 2001) modulam a efetividade da reestruturação cognitiva, ao ponto de ela poder ser pouco útil em produzir mudanças clínicas ou até produzir rupturas na relação terapêutica e efeitos iatrogênicos. Uma considerável parcela de clientes tratados com estratégias de reestruturação cognitiva pode não responder ao tratamento e obter melhoras clínicas (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop & Hollon, 2007; Taylor, Abramowitz & McKay, 2012). Um dos possíveis motivos é que alguns clientes podem se sentir confrontados e/ou

invalidados ao terem suas cognições questionadas, prejudicando a manutenção do vínculo terapêutico e até promovendo forte resistência por parte do cliente (Leahy, 2001; Linehan, 1993; Safran, 2002), especialmente quando há diferenças culturais significativas entre terapeuta e cliente (Hays, 2009). Um segundo motivo pode advir do fato de que o controle pensar do cliente, apesar de levar a padrões de comportamento que acarretam em sofrimento, é congruente com as contingências de vida em que o indivíduo está inserido, não sendo “irracional”. Um exemplo seria alguém que afirma não ser bom em uma atividade, afastando-se dela e, de fato, ele não o é. Outra possibilidade é a de que estratégias de reestruturação cognitiva podem inadvertidamente enfatizar demasiadamente a importância dos pensamentos, aumentando a atenção do indivíduo para eles e seu controle problemático sobre o comportamento (Bottonari, Roberts, Thomas & Read, 2008; Coffman et al., 2007; Hayes, 2005).

Felizmente, modificar o controle verbal não é a única ferramenta no repertório do terapeuta para intervir sobre contingências na qual a autorregulação verbal está acarretando em sofrimento ao cliente. Como mencionado no capítulo 2, nem todos os pensamentos exercem controle sobre o comportamento e evocam novas respostas. Contingências específicas são responsáveis por criar e manter relações de controle resposta-resposta por meio da transformação de função de estímulos relevantes. Em síntese, isto significa que caso a transformação de função não ocorra, o controle verbal também não acontecerá. Portanto, caso o processo de transformação de função por meio de relações simbólicas seja interrompido ou minimizado, o controle verbal sobre o comportamento será reduzido, ainda que a relação simbólica entre estímulos seja mantida.

Dessa forma, no exemplo prévio do cliente com Transtorno de Pânico, existe uma abordagem alternativa à reestruturação cognitiva, que não almejaria alterar a relação de causalidade entre os estímulos “transporte público” e “desmaiar”, mas sim impedir ou reduzir a capacidade de que “desmaiar” transforme a função de “transporte público”. Consequentemente, o impacto aversivo de “desmaiar” no comportamento do indivíduo seria minimizado, permitindo que outras propriedades e outros estímulos possam influenciar o comportamento, como os reforçadores positivos disponíveis em função do transporte público, descritos em termos de objetivos ou valores. O efeito no comportamento do indivíduo é que a probabilidade de se esquivar do transporte público diminui, enquanto a probabilidade de se aproximar dele aumenta (Figura 6).

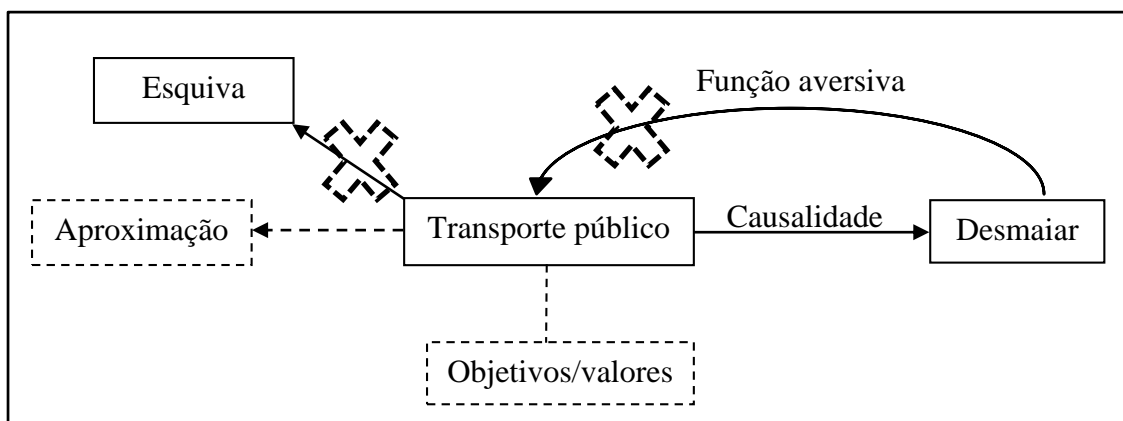


Figura 6. Esquematização do objetivo de desfusão cognitiva (linha tracejada), na qual a transformação de função por relações simbólicas é reduzida ou minimizada, permitindo a ação de outras fontes de influência.

Na terminologia da ACT, a estratégia clínica com o objetivo de reduzir a transformação de função causada por relações simbólicas entre estímulos e, portanto, diminuir o controle verbal sobre o comportamento e permitir que outras fontes de influência atuem e controlem o comportamento do indivíduo, favorecendo um responder mais flexível e congruente com seus valores pessoais, é denominada de “desfusão cognitiva” (Blackledge, 2007; Hayes et al., 2006; 2012).

Nas palavras de autores proeminentes da área:

As técnicas de desfusão cognitiva buscam alterar as funções indesejáveis de pensamentos e outros eventos privados, ao invés de tentar alterar sua forma, frequência ou sensibilidade situacional. Dito de outra forma, a ACT busca mudar a maneira com que o indivíduo interage ou se relaciona com seus pensamentos ao criar contextos nos quais suas funções problemáticas são diminuídas (Hayes et al., 2006, p. 8).

De modo semelhante, em seu texto sobre desfusão cognitiva, Blackledge (2007) afirma que:

As técnicas de desfusão não tem a intenção de mudar a maneira como as pessoas pensam sobre sua experiência. Ao invés, elas buscam interromper os processos verbais que promovem essa transformação de função problemática em primeiro lugar . . . Em outras palavras, fusão cognitiva se refere a contextos nos quais as transformações de funções estão ocorrendo verbalmente, enquanto desfusão cognitiva se refere a contextos nos quais essas transformações verbais estão, ao menos temporariamente, interrompidas (Blackledge, 2007, p. 557).

Em congruência com as frases acima, na segunda versão do primeiro manual da ACT pode-se encontrar a seguinte citação:

Em termos da RFT, fusão envolve contextos que aumentam a transformação da função de estímulos por meio da linguagem e da cognição. Pense nas estratégias de desfusão como a aplicação clínica do processo oposto. Os métodos de desfusão reduzem a transformação da função de estímulos ao alterar as dicas e contextos que favorecem a fusão (Hayes et al., 2012, p. 71).

Por fim, Broothaerts (2015) declara que:

Uma visão da RFT sobre a desfusão cognitiva afirma que as técnicas de desfusão podem ser vistas como tentativas de momentaneamente interromper a transferência de função de estímulos para estímulos relacionados . . . Com as técnicas de desfusão cognitiva, os terapeutas ACT buscam interromper esses processos verbais indiretos e, conseqüentemente, diminuir a transferência de função de estímulos” (Broothaerts, 2015, p. 18-19).

Uma das dificuldades em compreender a desfusão está no fato de que a experiência psicológica almejada é incomum no dia-a-dia. Afinal, durante o desenvolvimento ontogenético, a comunidade verbal devota imensos esforços para ensinar os seus membros a responderem a relações arbitrárias entre estímulos e transformar a função destes de acordo e criar contextos que favorecem relações resposta-resposta entre falas/pensamentos e outras respostas. Ao ponto em que minimizar tal processo torna-se extremamente difícil.

Uma situação na qual a comunidade verbal reforça diferencialmente o oposto é quando o indivíduo desperta de um sonho emocionalmente. Durante um pesadelo vívido, uma pessoa pode sentir emoções intensas, como o medo, e vontade de fugir ou lutar. Ao acordar, a pessoa pode ainda estar experienciando medo e até gritar ou se debater: para ela o sonho é real. Durante o desenvolvimento, os cuidadores tendem a assegurar a criança quando ela acorda: “é só um sonho”. Essa afirmação não elimina a experiência vivida, nem minimiza o sofrimento ocasionado por ela, porém sugere que a criança não a leve tão a sério: foi apenas uma experiência psicológica que, por mais dolorosa que seja, surgiu e terminou. Com o passar dos anos, a própria pessoa é capaz de se assegurar, lembrando-se de que se trata apenas de um sonho. O objetivo da desfusão cognitiva é similar: levar a pessoa a adotar a postura de que pensamentos são apenas experiências psicológicas, que não precisam ser “levados a sério” ou determinar suas ações.

3.3.3. Os procedimentos de desfusão cognitiva

A literatura da ACT, que engloba manuais de terapeuta, artigos, vídeos e livros de autoajuda, oferece uma enorme variedade de exercícios de desfusão cognitiva. Vários desses não são exclusivos da ACT, mas sim provenientes de outras abordagens psicoterapêuticas e

tradições culturais. Além disso, muitos outros têm sido criados por terapeutas, uma prática incentivada pelos próprios proponentes da terapia (Hayes et al., 2012).

Similarmente aos outros componentes da ACT, as intervenções de desfusão cognitiva são, em sua grande maioria, experienciais e não analíticas (Hayes et al., 2012). Apesar da dificuldade em operacionalizar precisamente o que caracteriza uma intervenção experiencial, duas características podem ser abstraídas a partir de discussões na literatura (cf. Luoma, Hayes & Walser, 2017; Villatte, Villatte & Hayes, 2015; Villas-Bôas, Meyer, Kanter & Callaghan, 2015).

Em primeiro lugar, é dada grande ênfase à experiência do cliente em contrapartida a regras gerais do funcionamento do comportamento humano. Isto implica em minimizar as inferências do terapeuta a respeito de como o cliente está se comportando e porque está fazendo isso e favorecer uma postura de exploração e curiosidade em conjunto com o cliente para que ambos possam entrar em contato com a experiência do cliente e, a partir disso, construir uma compreensão das contingências relacionadas ao seu sofrimento. Metáforas, exercícios experienciais e a própria relação terapêutica em sessão são utilizadas para esse fim.

Em segundo lugar, é incentivado que, a partir da experiência do cliente, a construção de um repertório mais amplo e flexível seja feita em sessão, ao criar um contexto em sessão favorável à emissão de respostas alinhadas aos valores pessoais do cliente. Portanto, o principal objetivo das intervenções experienciais não é que o cliente analise o seu próprio comportamento, mas sim que se comporte de forma diferente em sessão: o foco está no “fazer” e não no “falar sobre” ou “planejar fazer”.

De acordo com seus defensores, a importância das intervenções experienciais está no fato de que elas (a) aumentam a autonomia do cliente ao favorecer sua participação no processo clínico; (b) favorecem uma abordagem idiográfica do sofrimento do cliente, baseada na experiência daquela pessoa específica; e (c) desenvolvem o repertório do cliente diretamente ao invés de somente estabelecer um controle verbal alternativo que se espera que controle o comportamento do cliente fora do consultório. Afinal, tal controle verbal pode não ser suficiente para se contrapor ao padrão de comportamento atual do cliente, que tem sido mantido por uma longa história de contingências de reforçamento e, no caso dos processos trabalhados na ACT, são contrárias a práticas culturais vigentes (Hayes & Wilson, 1994; Soriano, Valverde & Martínez, 2004). Obviamente isso não exclui que o terapeuta possa e deva expor a linha de raciocínio por trás desses exercícios, favorecendo a compreensão e participação do cliente no processo terapêutico e seu engajamento na atividade.

Além do caráter experiencial, outra característica marcante dos procedimentos de desfusão cognitiva (e da ACT, em geral), é o uso de metáforas (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017; Stoddard & Afari, 2014). Na perspectiva da RFT, metáforas simples são redes relacionais (diretas ou derivadas) compostas por dois pares de estímulos simbolicamente relacionados que estão, por sua vez, fazem parte de outra relação simbólica (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Törneke, Luciano, Stewart & McEnteggart, 2014; Stewart & Barnes-Holmes, 2001). Para ilustrar esta conceituação, imagine a metáfora “Controlar seus pensamentos é como pular da janela e querer voar” (Figura 7). Esta frase, por meio do contexto relacional “é como”, estabelece uma relação de coordenação entre duas ações: controlar pensamentos e voar. Por experiência prévia, supõe-se que a pessoa tenha previamente estabelecido que voar é humanamente impossível, de modo a transformar a função de voar para um evento que evoca respostas de desistência. A partir disso, ela pode derivar que controlar pensamentos também seria humanamente impossível e, logo, transformar a função de controlar pensamentos para um evento que também evoca desistência.

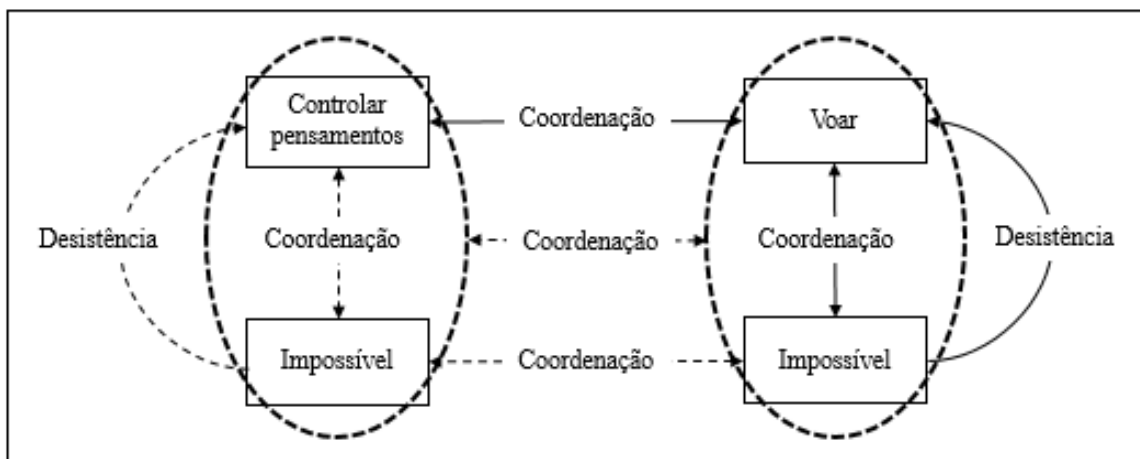


Figura 7. Rede relacional de estímulos constituída na metáfora “Controlar pensamentos é como pular da janela e querer voar”, incluindo transformação de função. Setas contínuas indicam relações diretas e setas contínuas relações derivadas.

A seguir serão brevemente descritos alguns exemplares desses exercícios experienciais e metáforas, retirados de Blackledge (2015), Hayes, Strosahl e Wilson (2012) e Luoma e Hayes (2009). Essa lista não se propõe a ser exaustiva, mas sim retratar as intervenções estruturadas de desfusão cognitiva abordadas com maior frequência pela literatura. É importante ressaltar que as categorias empregadas não necessariamente refletem distinções funcionais, mas foram criadas a título de exposição. Na ausência de uma categorização prévia consensual e com uma justificativa teórica ou empírica coerente (cf.,

Blackledge, 2007; 2015), a seguinte divisão almeja facilitar a compreensão das estratégias de desfusão por leitores pouco familiarizados com elas:

a) *Brincar com pensamentos* - Para a realização desse conjunto de estratégias de desfusão cognitiva é necessário que o cliente selecione uma palavra ou pequena frase que exerça forte controle sobre o seu comportamento. Em seguida, pede-se que ele observe os efeitos psicológicos de dizer a palavra selecionada em voz alta (i.e., sensações, pensamentos, imagens e lembranças evocadas). Então, ele é solicitado a “brincar com o pensamento”, repetindo-a em voz alta por cerca de um minuto (*Repetição da palavra*); repetindo-a com estilos de vozes diferentes, como as de personagens de desenho animado (*Vozes bobas*); repetindo-a muito lentamente, sílaba por sílaba (*Fala lenta*); cantando-a ao som de uma melodia conhecida (*Cantar pensamentos*); ou se referindo a ela por seu sinônimo em uma língua estrangeira desconhecida (*Tradução da palavra*).

b) *Quebrar elo pensamento-ação* – Essas intervenções buscam criar um contexto no qual o cliente tenha experiências de incongruência entre o conteúdo de seus pensamentos e suas ações. Elas incluem que o cliente se convença a não fazer uma simples ação física e então realiza-la (*Pensamentos e sentimentos não são causas*); carregar cartões com pensamentos difíceis escritos, incluindo um escrito “Eu não consigo andar”, enquanto anda ao redor da sala (*Carregando cartas*); participar de um role-play experiencial no qual terapeuta e cliente alternam entre os papéis de “mente” (que deve descrever, avaliar e comparar constantemente) e “pessoa” (deve andar e direcionar a mente), sem que nenhum dos participantes possa interferir no papel do outro (*Leve sua mente para passear*); ou imaginar que seus pensamentos são passageiros em um ônibus no qual ele é motorista (*Passageiros no ônibus*) ou monstros no convés de um navio no qual ele é capitão (*Demônios no barco*) que o ameaçam caso ele assuma a direção, mas, em última instância não podem machucá-lo.

c) *Observar o processo de pensar* – Outro grupo de estratégias de desfusão cognitiva almeja que o cliente se atente para o processo de responder relacional (i.e., fluxo de pensamentos). Para esse fim são comumente utilizados exercícios de *mindfulness*, nos quais o cliente deve simplesmente observar o seu fluxo de pensamentos sem interrompê-lo. Muitas vezes é utilizada imaginação dirigida para auxiliar o cliente: os pensamentos são folhas que caem em um rio e são levados pela correnteza (*Folhas na correnteza*) ou placas trazidas por soldados em um desfile (*Soldados no desfile*). Também é possível pedir que o cliente observe o seu fluxo de eventos privados tanto no momento presente quanto aqueles que ocorreram em situações passadas, sempre se atentando para a figura do observador, que está vendo essas experiências (*Observador*).

d) *Identificar os componentes do pensar* – Alguns exercícios de defusão cognitiva não buscam que o cliente apenas observe o seu pensar, mas que ele também seja capaz de identificar e nomear algumas instâncias características do pensar. Isso acontece ao rotular os comportamentos de responder relacional do cliente, sinalizando o tipo de verbalização do cliente no momento em que ocorrem, como preocupação, avaliação, comparação, etc. (*Categorização*); ou diferenciar as propriedades formais de avaliações com base no contraste entre as características físicas de um objeto no ambiente e julgamentos morais sobre ele (*Copo mau*). Além disso, o terapeuta pode agradecer à linguagem após uma verbalização do cliente (*Obrigado, mente*); ou pedir que o cliente introduza o prefixo “Estou tendo o pensamento de que...” antes de suas verbalizações (*Tendo pensamentos*).

e) *Objetificar pensamentos* – Esses exercícios tornam o processo de responder relacional mais palpável ao prover uma forma física aos pensamentos. O terapeuta pode pedir que o cliente trate seus eventos privados como se fossem objetos e descreva suas características, como tamanho, cor, forma, peso e textura (*Materializando*); como se fossem seus dedos da mão, que podem ser afastados ou aproximados do rosto, dificultando ou favorecendo a visão de outros elementos do ambiente (*Mãos como pensamentos*); ou como palavras escritas em folhas de papel (*Pensamentos em cartas*). Os exercícios *Passageiros no ônibus*, *Demônios no barco*, *Folhas na correnteza* e *Soldados no desfile*, mencionados previamente, também poderiam ser incluídos nesta categoria por envolverem a objetificação de pensamentos.

f) *Questionar a coerência verbal* – Por fim, um grupo de estratégias busca descreditar as narrativas elaboradas pelo cliente a respeito de sua própria vida e das causas seu próprio comportamento. Ao comparar a linguagem (referida metaforicamente como “mente”) a um excelente contador de histórias (*Metáfora do mestre contador de histórias*), coloca-se em cheque o caráter verídico das narrativas pessoais. Essa dúvida é aumentada por exercícios que propõem ao cliente elaborar uma narrativa na qual sua história de vida se mantenha a mesma, mas nas quais os efeitos dessa história em seu comportamento presente sejam trocados (*Criando uma nova história*); elaborar uma lista com características que o definem, atentando-se para elas e suas incoerências até finalmente riscá-las, uma a uma (*Eu sou*); e responder uma cadeia interminável de “porquês” a respeito de determinada ação até esgotar suas razões (*Por quê, por quê, por quê?*).

3.3.4. A eficácia dos procedimentos de defusão cognitiva

Algumas das estratégias de defusão cognitiva descritas acima tiveram seus efeitos avaliados em pesquisas experimentais, nas quais esses procedimentos atuaram como variável

independente. Esses estudos permitem investigar separadamente e com maior controle as estratégias clínicas que integram pacotes de intervenção mais abrangentes, como a ACT. E, com isso, podem apontar para variáveis relevantes ao processo de mudança na clínica (cf. Levin et al., 2012).

Nessa linha de investigação pode-se distinguir dois tipos de pesquisas. Os estudos de componente avaliam a eficácia de um ou mais procedimentos de defusão cognitiva em comportamentos clinicamente relevantes de indivíduos em sofrimento psicológico. Já as pesquisas análogas medem os efeitos dos procedimentos de defusão cognitiva em variáveis dependentes análogas aos problemas psicológicos encontrados na prática clínica, como desconforto emocional e esquiva, em pacientes clínicos ou não-clínicos (cf., Cowen, 1961; Kazdin, 1978; Zytowski, 1966). Ambos os tipos de estudos são de extrema relevância e se complementam: o primeiro apresenta uma forte validade externa por ser mais próximo de um trabalho terapêutico; e o segundo apresenta uma forte validade interna em função do alto grau de controle sobre as variáveis dependentes. Os resultados de ambos os tipos de investigação serão brevemente descritos a seguir, divididos de acordo com a intervenção utilizada como variável independente, e resumidos na Tabela 1.

Um conjunto de pesquisas estudou o exercício de *Repetição da palavra* e suas consequências no desconforto emocional e na credibilidade do pensamento (i.e., o quanto a pessoa acredita no pensamento em questão; cf. Zettle & Hayes, 1986). Os pensamentos selecionados para a realização da atividade foram relacionados a ansiedade de falar em público (Barrera, Szafranski, Ratcliff, Garnaat & Norton, 2016), medo de aranhas (Ritzert, Forsyth, Berghoff, Barnes-Holmes & Nicholson, 2015), obsessões de contaminação (Watson, Burley & Purdon, 2010), autoimagem corporal (Deacon, Fawzy, Lickel & Wolitzky-Taylor, 2011; Mandavia, Masuda, Moore, Mendoza, Donati & Cohen, 2015), autojulgamentos negativos em indivíduos de desenvolvimento típico (De Young, Lavender, Washington & Anderson, 2010; Keogh, 2008; Masuda, Feinstein, Wendell & Sheehan, 2010; Masuda, Hayes, Sackett & Twohig, 2004; Masuda, Hayes, Twohig, Drossel, Lillis & Washio, 2009; Masuda, Twohig, Stormo, Feinstein & Chou, 2010; Tyndall, Papworth, Roche & Bennett, 2017) e desenvolvimento atípico (Maisel, Stephenson, Cox & South, 2019). A evidência acumulada aponta que esse procedimento é eficaz na diminuição da momentânea na credibilidade e do desconforto emocional causados pelo pensamento, em geral demonstrando resultados melhores do que procedimentos de distração e ausência de intervenção; e similares a supressão ou reestruturação cognitiva (O'Sullivan, 2013).

O desconforto e a credibilidade também foram avaliados após a intervenção *Tendo pensamentos*. Nesse caso, os resultados foram inconsistentes, com uma pesquisa encontrando uma diminuição no desconforto e aumento na credibilidade de autojulgamentos negativos (Healy, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Keogh, Luciano & Wilson, 2008); outra obtendo diferenças em medida implícita de desconforto emocional (Tarefa Stroop), mas não em medidas explícitas após a visualização de filmes curtos (Pilecki & McKay, 2012); e uma terceira não obtendo diferenças de credibilidade ou desconforto em obsessões não-clínicas (O'Sullivan, 2013).

Outros três estudos também investigaram o exercício *Tendo pensamentos* em diferentes contextos. O primeiro analisou seus efeitos sobre a resolução de problemas após uma experiência de incontrolabilidade. Os resultados indicaram uma diminuição do efeito da situação de desamparo no grupo de desfusão (Hooper & McHugh, 2013). Além disso, ao utilizar este mesmo exercício em uma população de tabagistas, Beadman, Das, Freeman, Scragg, West e Kamboj (2015) obtiveram resultados positivos e similares à reestruturação cognitiva e melhores que supressão na evitação de cigarros; enquanto Hooper, Dack, Karekla, Niyazi e McHugh (2018) encontraram uma pequena redução no consumo de cigarros em comparação com participantes que tentaram controlar suas fissuras ou não passaram por intervenções.

Ademais, outras investigações analisaram o efeito do exercício *Carregando cartas* em associação com a metáfora do pântano (metáfora sobre disposição para entrar em contato com eventos privados aversivos; cf. Hayes et al., 2012) em tarefas de conflito aproximação-fuga, nas quais é gerada uma situação aversiva (indução de dor por meio de estimulação elétrica ou térmica) e o participante possui inúmeras oportunidades de escolher terminar a tarefa ou continuá-la. Os resultados indicaram uma diminuição pronunciada de respostas de fuga e esquiva (i.e., maior tolerância) após a intervenção (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004; Kehoe, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Luciano, Bond & Foody, 2014; McMullen, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart, Luciano & Cochrane, 2008).

Nesse mesmo tipo de tarefa de conflito, Luciano e colaboradores (2014) foram capazes de drasticamente reduzir as respostas de esquiva após uma combinação dos exercícios *Pensamentos em cartas* e *Observador*. Por sua vez, o exercício do *Observador* foi utilizado em uma série de investigações que avaliaram o impacto de mudanças na forma como as instruções da atividade foram construídas. Mais especificamente, se haveria diferença ao promover relações entre o Eu e as experiências psicológicas de distinção (i.e. Eu sou diferente dos meus sentimentos e pensamentos) ou hierarquia (i.e. Eu contendo os meus sentimentos e

pensamentos). Enquanto Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes e Luciano (2013) não encontraram diferenças significativas entre ambos os exercícios em medidas de credibilidade e desconforto de autojulgamentos, Gil-Luciano, Ruiz, Valdivia-Salas e Suárez-Falcón (2016) obtiveram maior tolerância em tarefas de aproximação-fuga ao empregar o *Observador* com hierarquia do que com distinção e ausência de intervenção. Ao incorporar intervenções de valores ao exercício do *Observador* com hierarquia, Luciano, Vizcaíno-Torres, Sánchez-Martín, Gutiérrez-Martínez e López-López (2011) obtiveram resultados positivos nos comportamentos disruptivos de crianças; porém, ao fazer o mesmo com participantes em tarefas percepto-motoras e analíticas, López-López e Luciano (2017) não obtiveram mudanças significativas em desconforto e somente observaram resultados positivos na performance de uma das tarefas em prol do *Observador* com hierarquia. Kishita, Muto, Ohtsuki e Barnes-Holmes (2014) também utilizaram a metodologia de Luciano e colaboradores (2011) em conjunto com o exercício da *Repetição da palavra* para pessoas com medo de falar em público, com resultados positivos em medidas implícitas de ansiedade (IRAP; cf. Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart & Boles, 2010) e engajamento em discurso, porém não para credibilidade dos pensamentos.

Por sua vez, Golijani-Moghaddam (2011) obteve redução em medidas explícitas de medo (mas não implícitas) e de esquiva de aranhas após utilizar uma combinação de *Repetição da palavra* com uma variação no computador de *Pensamentos em cartas*. Além disso, dois estudos utilizaram exercícios de mindfulness (*Folhas na correnteza* e *Soldados no desfile*) como variável independente e obtiveram diminuição nas medidas de desconforto emocional (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Rai & Luciano, 2015; Marcks & Woods, 2005). Entretanto, a pesquisa de Kovac, Perez e Meyer (2019) não obteve mudanças significativas na função aversiva de estímulos abstratos após o exercício *Folhas na correnteza* ou uma atividade semelhante ao exercício do *Observador*, denominada *Álbum de fotografias*. Ademais, um estudo que empregou o procedimento de *Vozes bobas* em conjunto com exposição em crianças do espectro autista observou uma redução nos comportamentos-problema delas de modo consequente à intervenção (Eilers & Hayes, 2015).

Por fim, algumas pesquisas utilizaram combinações de múltiplos procedimentos de desfusão cognitiva. Apesar de possuir menor controle experimental sobre o mecanismo de mudança do que os estudos que examinaram um procedimento em isolamento ou de modo adjunto a outro, esse tipo de pesquisa oferece uma avaliação dessas estratégias em um contexto mais próximo da prática clínica. Assim, há uma redução na validade interna, porém um aumento na validade externa.

Pesquisas que empregaram essa metodologia, utilizando intervenções variadas, como *Passageiros no ônibus*, *Cantar pensamento* e *Vozes bobas*, obtiveram redução no consumo de alimentos calóricos, como chocolate (Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke & McHugh, 2011; Hulbert-Williams, Hulbert-Williams, Nicholls, Williamson, Poonia & Hochard, 2017; Jenkins & Tapper, 2014; Moffitt, Brinkworth, Noakes & Mohr, 2012); diminuição de medo e esquiva de aranhas (Wagener & Zettle, 2011); menor desconforto e maior disposição para experienciar autojulgamentos (Larsson, Hooper, Osborne, Bennett & McHugh, 2015); resultados positivos com clientes disfóricos (Hinton & Gaynor, 2010); e diminuição do desconforto emocional, mas não da fuga em clientes agorafóbicos (Dublin, 2011).

Os experimentos acima apontam que os exercícios de desfusão cognitiva são capazes de favorecer que, diante do mesmo estímulo, o indivíduo tenha reações diferentes de suas respostas habituais, tanto de menor reatividade emocional quanto de menor tendência a fuga e esquiva em contextos aversivos. Estes resultados apontam para a redução do controle verbal sobre o comportamento após a implementação dos procedimentos, ainda que os resultados não sejam sempre positivos. Tomadas em conjunto, essas pesquisas oferecem apoio empírico substancial para a inclusão de estratégias de desfusão cognitiva no contexto terapêutico, prática adotada pela ACT desde o seu início, quando a terapia era conhecida como “distanciamento compreensivo” (Zettle, 2005), e mantida até os dias de hoje, como um dos seis componentes do modelo de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012).

3.5. O processo de mudança na desfusão cognitiva

O conjunto de evidências experimentais exposto acima indica que exercícios de desfusão cognitiva são capazes de produzir mudanças importantes no comportamento das pessoas. Porém, elas não especificam o processo pelo qual essas intervenções produzem esses resultados (Barnes-Holmes et al., 2016; Dymond et al., 2013; Levin & Villatte, 2016). Dito de outro modo, resta expor de que forma esses exercícios são capazes de reduzir a transformação de função decorrente do RRAA, ou seja, qual o mecanismo de mudança envolvido.

A principal conceituação desse processo na literatura é oferecida no artigo de Blackledge (2007). O autor parte da proposta da RFT, que indica que a transformação de função é controlada contextualmente (Dougher, Perkins, Greenway, Koons & Chiasson, 2002; Perez, Fidalgo, Kovac & Nico, 2015; Roche, Barnes-Holmes, Smeets, Barnes-Holmes & McGeedy, 2000; Wulfert & Hayes, 1988). Sendo a desfusão cognitiva a redução dessa transformação de função, Blackledge (2007) argumenta que alterações neste contexto produziriam desfusão cognitiva. Nas palavras do autor:

Em outras palavras, certas condições contextuais devem estar em vigor para processos verbais alterarem as funções de estímulos (i.e., para que a fusão cognitiva ocorra). Nós podemos logicamente assumir que alterar essas condições contextuais de certas maneiras levaria à interrupção dessas transformações de funções verbais. Argumenta-se que esta é a essência da desfusão cognitiva (Blackledge, 2007, p. 561).

Logo, outros autores concordaram com sua proposição teórica e adotaram-na em sua conceituação do fenômeno (e.g., Hayes et al., 2012; Luoma & Hayes, 2009; Snyder et al., 2011).

De acordo com essa conceituação, haveria um “contexto de literalidade” ou “contexto de fusão”, caracterizado por algumas propriedades compartilhadas pela grande maioria das verbalizações e que atuariam como contextos funcionais (Blackledge, 2007; Soriano, Valverde & Martínez, 2004). Essas incluiriam parâmetros estilísticos, como utilizar palavras que pertencem a uma mesma língua, organizadas em uma estrutura gramatical, sem repetição de termos e pronunciadas em uma velocidade média com um tom de voz congruente com seu conteúdo; a manutenção de uma coerência verbal, evitando relações incompatíveis com as já formadas; e o direcionamento da atenção para o produto do responder relacional e seu conteúdo psicológico (i.e., as relações estabelecidas e as funções transformadas).

De modo oposto ao contexto de literalidade, haveria o “contexto de desfusão”, no qual essas propriedades contextuais seriam alteradas ao brincar com os pensamentos, objetificá-los, quebrar o elo pensamento-ação, identificar componentes do pensar, questionar a coerência verbal e observar o processo de responder relacional. Tais intervenções contextuais inibiriam a transformação da função de estímulos por meio das relações verbais (Blackledge, 2007). Assim, compreende-se que os procedimentos de desfusão cognitiva atuariam, principalmente, no contexto funcional, e não no contexto relacional (Hayes, 2005).

No capítulo seguinte, a definição do processo de desfusão proposta por Blackledge será retomada e alguns de seus pontos centrais serão problematizados.

4 – A Desfusão Cognitiva sob uma Nova Perspectiva (Estudo I – Parte 2)

4.1. Problemas com a Conceituação Proposta por Blackledge

Como assinalado no capítulo 3, a desfusão cognitiva tem como objetivo reduzir a transformação da função de estímulos decorrente de relações verbais, de modo a minimizar o controle verbal sobre o comportamento quando este controle é rígido e está promovendo padrões de resposta que afastam o cliente de seus valores pessoais (Hayes et al., 2006; 2012; Blackledge, 2007). Atualmente, a principal explicação do processo pelo qual os exercícios de desfusão produzem seus efeitos é resumida na seguinte asserção:

Em outras palavras, certas condições contextuais devem estar em vigor para processos verbais alterarem as funções de estímulos (i.e., para que a fusão cognitiva ocorra). Nós podemos logicamente assumir que alterar essas condições contextuais de certas maneiras levaria à interrupção dessas transformações de funções verbais. Argumenta-se que esta é a essência da desfusão cognitiva (Blackledge, 2007, p. 561, grifo nosso).

Dito de outro modo, a afirmação acima indica a elaboração inicial de algumas relações verbais com base nos estudos experimentais da RFT: fusão cognitiva é igual ao aumento da transformação de função de estímulos; fusão cognitiva é igual à introdução de dicas contextuais; e desfusão cognitiva é igual à diminuição da transformação de função de estímulos. Como o aumento da transformação de função é o oposto da diminuição da transformação de função e a construção de algumas relações verbais gera a derivação de outras, essa rede é facilmente expandida do seguinte modo: fusão cognitiva é oposta a desfusão cognitiva; introdução de dicas contextuais é oposto à retirada de dicas contextuais; e desfusão cognitiva é igual à remoção de dicas contextuais (Figura 8).

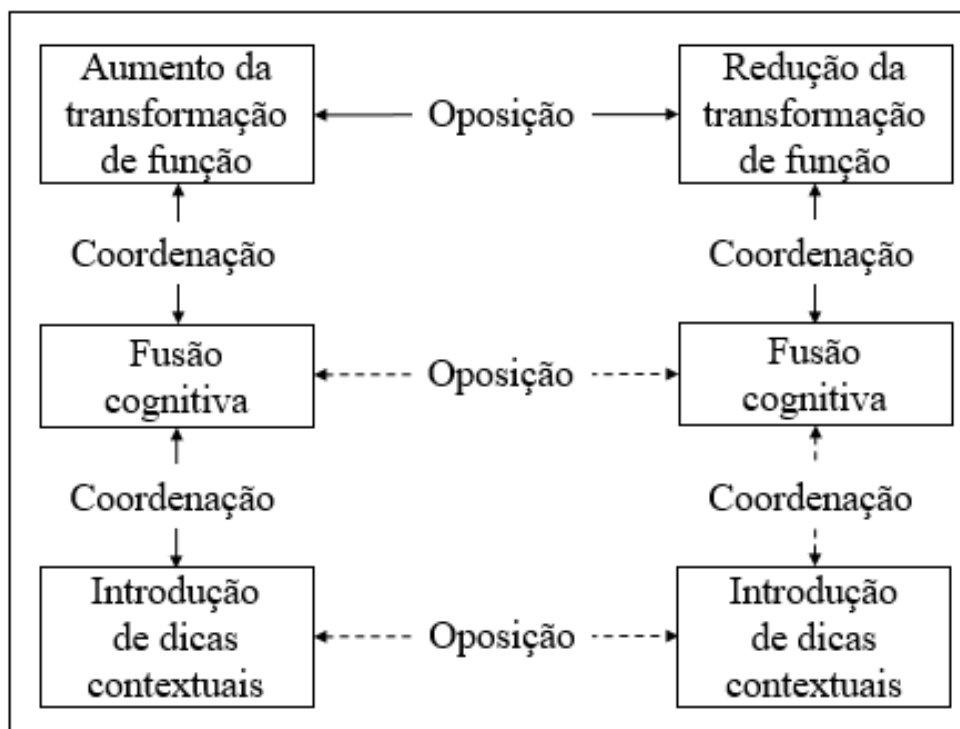


Figura 8. Rede relacional construída pela conceituação da defusão cognitiva por Blackledge (2007). Setas contínuas indicam relações diretas e setas contínuas relações derivadas.

Um ponto importante de ressaltar é que a conceituação de Blackledge (2007) parte do pressuposto de que existe uma simetria entre fusão e defusão, válida tanto para os resultados como os processos envolvidos. Entretanto, tal pressuposto, quando analisado mais cuidadosamente e confrontado com evidências empíricas, não se sustenta (cf. Assaz, Roche, Kanter & Oshiro, 2018). Duas linhas de investigação são relevantes para o presente debate.

A primeira é o estudo da equifinalidade. Este conceito significa que diferentes processos comportamentais podem produzir resultados semelhantes (cf. Cicchetti & Rogosch, 1986). De modo que diferentes processos de aprendizagem, como condicionamento respondente, operante, vicariante e simbólico podem levar a funções de estímulo similares, evocando respostas com frequência e magnitude comparáveis (Cameron, Roche, Schlund & Dymond, 2016; Dymond, Schlund, Roche, De Houwer & Fregard, 2012). A conclusão dessa literatura é que a mera observação do resultado não oferece uma clara descrição do processo envolvido.

Em termos práticos, isso significa que dado um indivíduo que apresenta respostas de medo e evitação diante de um cachorro, não é possível afirmar categoricamente, sem uma análise das contingências históricas presentes ao longo da vida dessa pessoa, se este comportamento é decorrente de uma história na qual ela foi mordida por um cachorro, observou

outra pessoa ser mordida por um cachorro, foi instruída de que cachorros são perigosos ou foi atacada por outro animal e generalizou esse medo para o cachorro. Todas as hipóteses funcionais são possíveis; e não são necessariamente excludentes, já que um ou mais desses processos podem operar em conjunto (Cicchetti & Rogosch, 1986; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

O segundo grupo de evidências são os dados de pesquisas sobre a transferência de extinção em relações simbólicas entre estímulos (Boldrin, Assaz & Debert, no prelo). Apesar da variabilidade metodológica, estas pesquisas usualmente ensinam os participantes a estabelecerem duas classes de equivalência entre estímulos simbólicos, uma das quais adquire função aversiva decorrente do condicionamento direto de um de seus membros e transformação de função para os demais membros da classe. Um resultado comum a todos os estudos é que o procedimento de extinção respondente ou operante é efetivo para qualquer um desses estímulos, mesmo aqueles que adquiriram sua função aversiva por meio das relações simbólicas entre eles (Luciano et al., 2013; Roche, Kanter, Brown, Dymond & Fogarty, 2010; Vervoort, Vervliet, Bennett & Baeyens, 2014).

Ou seja, mesmo que o processo de aquisição de função tenha sido uma aprendizagem verbal, isso não significa que procedimentos de aprendizagem direta serão inefetivos, pelo contrário. Assim, concorda-se com Kanter (2013) quando ele afirma que “ainda que os problemas clínicos surjam da maneira sugerida pelas pesquisas experimentais da RFT, isso não justifica a conclusão de que problemas clínicos devem ser atacados com intervenções relacionais” (p. 230). Em termos práticos, isso significa que diante de uma pessoa cujo comportamento está sob forte controle comportamental e acarretando em sofrimento psicológico, não é possível afirmar categoricamente que a intervenção deverá seguir na direção contrária do processo comportamental responsável por produzir o forte controle verbal.

Em conjunto, os estudos de equifinalidade e transferência de função em relações simbólicas entre estímulos colocam em xeque o pressuposto de Blackledge (2007) de que fusão e desfusão cognitiva devem ser necessariamente simétricos em termos de processo porque o são em termos de resultado. Estes aspectos não precisam estar em sintonia.

Outro ponto central da conceituação de Blackledge (2007) é o de que a desfusão cognitiva ocorre por meio de um processo comportamental único. Porém, uma terceira linha de investigação apresenta resultados que não são facilmente acomodados por essa asserção. Esta é o conjunto de estudos análogos de desfusão cognitiva identificados no capítulo anterior.

De especial relevância é o fato de que os estudos que utilizaram o exercício *Repetição da palavra* consistentemente obtiveram uma grande diminuição nas medidas de desconforto

emocional (Barrera et al., 2016; Deacon et al., 2011; De Young et al., 2010; Keogh, 2008; Mandavia et al., 2015; Maisel et al., 2019; Masuda et al., 2004; 2009; 2010a; 2010b; Ritzert et al., 2015; Tyndall et al., 2017; Watson, Burley & Purdon, 2010). Enquanto, do outro lado, as pesquisas que adotaram intervenções como *Pensamentos em cartas e Carregando cartas* não obtiveram diferenças significativas nessa variável, mesmo quando houve mudanças expressivas em respostas de fuga e esquiva (Gutiérrez et al., 2004; Luciano et al., 2014; McMullen et al., 2008). Tal diferença de resultados é difícil de ser integrada em uma conceituação de desfusão cognitiva na qual há um único processo de mudança envolvido, responsável por resultados tão díspares.

Em resumo, ao integrar a literatura analítico-comportamental a respeito da equifinalidade, da transferência de função em relações simbólicas e dos estudos análogos de desfusão cognitiva, os pressupostos da conceituação de Blackledge (2007) de que fusão e desfusão cognitiva são simétricos e, portanto, opostos em termos do processo envolvido e de que esse processo é unidimensional, não se sustentam. Em função disso, é interessante revisar esta proposta que, apesar da parcimônia inerente, não acomoda as evidências empíricas. Na sequência uma proposta alternativa, capaz de melhor acomodar tais evidências, será esboçada.

4.2. Uma Nova Proposta Conceitual

Esta proposta conceitual envolve manter o início da definição de Blackledge (2007) e, com base na literatura da RFT, afirmar que a fusão cognitiva é o aumento da transformação da função de estímulos por meio da introdução de dicas contextuais previamente aprendidas que indicam o tipo de relação envolvida (contexto relacional) e o tipo de função transformada (contexto funcional).

Porém, divergindo de Blackledge (2007), o principal argumento da nova proposta é a de que a redução da transformação de função em relações simbólicas é um resultado, que pode ser obtido por meio de distintos processos comportamentais (Assaz et al., 2018). Esta hipótese já havia sido brevemente contemplada por Healy e colaboradores (2008) ao afirmarem que “exercícios de desfusão diferentes podem operar de modos diferentes” (p. 636).

De forma mais precisa, é possível diferenciar a grande variedade dos exercícios de desfusão cognitiva em três grandes tipos de procedimentos, cada um atuando predominantemente por processos comportamentais particulares e distintos (Tabela 1). Ainda que futuras discussões teóricas e evidências empíricas refutem, parcialmente ou em sua totalidade, a taxonomia a seguir, argumenta-se que esta tentativa tem extremo valor por (a) direcionar a atenção de pesquisadores e clínicos para a possibilidade de múltiplos processos

comportamentais envolvidos na desfusão cognitiva; e (b) oferecer uma base inicial para promover o debate na área e, conseqüentemente, o desenvolvimento científico. Inclusive, a proposta abaixo já é um refinamento daquela apresentada em Assaz e colaboradores (2018).

Em primeiro lugar, tomemos o conjunto de exercícios que envolvem brincar com as palavras (*Repetição da palavras, vozes bobas, fala lenta, cantar pensamentos, tradução da palavra*). Estes procedimentos são semelhantes ao tipo de humor descrito no estágio quatro da taxonomia de McGhee (2002), no qual crianças enfatizam a forma da palavra sobre o seu significado (Nuñez, 2017). Um exemplo clássico são os trava-línguas. A frase “três pratos de trigo para três tigres tristes” não evoca uma resposta clara, uma vez que é uma cena absurda. Porém, recitá-la rapidamente e repetidamente salienta as propriedades sonoras das palavras, em especial o fonema /r/ sobre suas funções simbolicamente adquiridas. Analogamente, repetir um pensamento difícil em voz alta, cantá-lo, pronunciá-lo lentamente ou em uma língua desconhecida, salienta suas propriedades formais (som emitido ou movimentos da boca, língua e mandíbula) em detrimento de seu “significado” (cf. de Rose & Bortoloti, 2007), suas propriedades funcionais verbalmente adquiridas. Nesse sentido, o pensamento é apresentado de forma diferente ao indivíduo, alterando o controle de estímulos vigente e, portanto, eliciando e evocando respostas alternativas às controladas pelo significado da palavra. No dia-a-dia essa experiência é menos comum, mas pode ser observada quando uma pessoa escuta ou observa uma palavra em um idioma desconhecido ou ouve ou canta uma música atentando-se à melodia da letra e não ao que ela significa (podendo inclusive se surpreender ao ler a letra e descobrir que a melodia animada esconde um significado melancólico).

Outro modo de alterar o formato de apresentação de um pensamento é objetificá-lo, atribuindo propriedades formais a ele de modo arbitrário, como cartazes em *Soldados no desfile*, folhas em *Folhas na correnteza*, passageiros em *Passageiros no ônibus*, monstros em *Demônios no barco*, objetos imaginários em *Materializando*, mãos em *Mãos como pensamentos* ou palavras escritas em *Pensamentos em cartas*. Fazer isso não somente altera o controle de estímulos, como também estabelece esses estímulos como verbalmente distantes do indivíduo (ALI em oposição à AQUI), uma vez que objetos estão sempre “fora” da pessoa.

A importância desta constatação decorre do fato de que existe um conjunto de evidências de que organismos humanos e não-humanos têm a tendência a desvalorizar um evento em função de sua probabilidade de ocorrência e sua distância temporal, preferindo aqueles mais certos e imediatos aos mais incertos e de longo prazo (Green & Myerson, 2004; Rachlin, 2006). Dados de experimentos com primatas não-humanos (Kralik & Sampson, 2012; Long & Platt, 2005; Stevens, Rosati, Ross & Hauser, 2005) e de estudos naturalísticos de

populações humanas (Brown, Reed & Harris, 2002; Hannon, 1994; Pate & Loomis, 1997) sugerem a existência de um desconto espacial. Em outras palavras, a tendência a desvalorizar eventos geograficamente distantes.

Isso significa que contextualizar estímulos como verbalmente distantes em espaço (ALI em oposição à AQUI; LONGE em oposição a PERTO), é capaz de diminuir o seu impacto sobre o comportamento. Ainda que os estudos de RFT sobre relações de espacialidade seja incipiente (cf. May et al., 2017), a linha de pesquisa sobre “autodistanciamento” corrobora essa impressão ao demonstrar que reviver uma memória emocional na terceira pessoa (i.e., perspectiva distanciada) reduz as respostas emocionais, abertas e encobertas, em comparação a revivê-las na primeira pessoa, em perspectiva imersa (Ayduk & Kross, 2008; Kross & Ayduk, 2017; Kross, Ayduk & Mischel, 2005; Kross, Gard, Deldin, Clifton & Ayduk, 2012; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012). Portanto, objetificar um pensamento pode reduzir sua capacidade de evocar respostas ao salientar propriedades formais atribuídas a ele, alterando o controle de estímulos e criando verbalmente uma distância espacial entre ele e a pessoa que está pensando, que reduz o seu impacto sobre o comportamento.

Tomados em conjunto, é possível argumentar que os procedimentos de brincar com palavras e objetificar pensamentos apresentam o estímulo com funções verbalmente adquiridas (i.e. o pensamento) de modo distinto do habitual e, em função da mudança de controle de estímulos, reduzem o controle destas funções, que passa a ser predominantemente feito pelas propriedades formais, eliciando e evocando respostas alternativas. Nesse sentido, os procedimentos de brincar com palavras e objetificar pensamentos são funcionalmente semelhantes a outros procedimentos que envolvem a alteração do controle de estímulos, como *fading* e *prompting* (cf. Deitz & Malone, 1985), amplamente utilizados por analistas do comportamento.

À título de ilustração, imagine um cliente que esteja receoso de fazer uma apresentação na sala de aula e tenha o seguinte pensamento: “Se eu entrar na sala de aula, serei humilhado”. O pensamento acima estabelece uma relação de causalidade entre os estímulos “aula” e “humilhação”. Além disso, é provável que as palavras “aula” e “humilhação” estejam coordenadas, em função da história do indivíduo, com aulas e experiências de humilhação reais, respectivamente. Experiências de humilhação são aversivas para as pessoas e produzem respostas de medo e evitação. Consequentemente, é possível que essa função aversiva transforme os demais estímulos da rede relacional de modo que a palavra “humilhação”, a palavra “aula” e até o ambiente de aula adquiram funções aversivas. Portanto, o indivíduo sentirá medo e tendências evitativas diante do ambiente de aula (Figura 9).

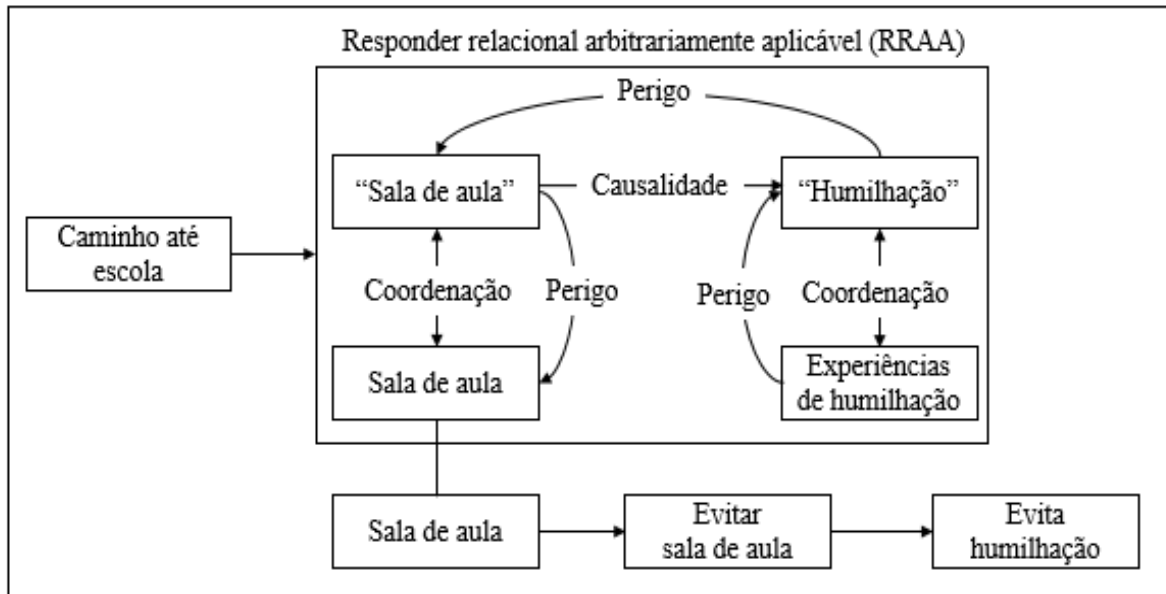


Figura 9. Diagrama hipotético de rede relacional que exerce controle sobre o comportamento do sujeito, gerando respostas de medo e evitação diante da sala de aula

Caso este cliente seja instruído a brincar com a palavra “humilhação” ou objetificá-la, pode ocorrer uma mudança no controle de estímulos de modo que as funções verbalmente adquiridas da palavra fiquem em segundo plano, passando a ser relativamente menos salientes do que as propriedades formais da palavra, sejam aquelas inerentes à sua pronúncia (som e movimentos) ou arbitrariamente atribuídas (forma, cor). Por sua vez, as propriedades formais eliciam e evocam um padrão de respostas alternativo à fuga e ao medo (Figura 10).

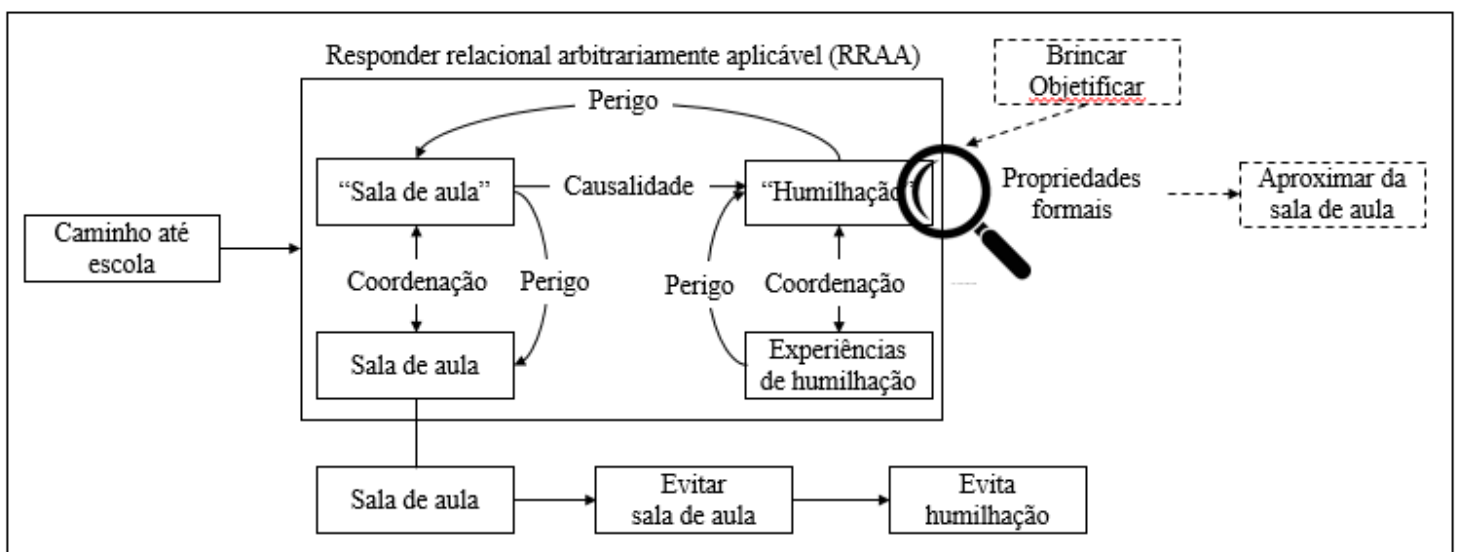


Figura 10. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio da alteração no modo de apresentação do estímulo.

Um outro conjunto de procedimentos para a promoção da desfusão cognitiva é caracterizado pelos exercícios que quebram o elo pensamento-ação (*Pensamentos e sentimentos não são causas, Carregando cartas, Leve sua mente para passear e Passageiros no ônibus*). Eles permitem que o cliente não só entre em contato com o estímulo verbal de alta magnitude, mas que, diante dele, emita respostas operantes distintas, incongruentes com o conteúdo de seus pensamentos e das respostas frequentemente evocadas. Tais respostas são, então, consequenciadas em sessão (cf. Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford, 2004; Kohlenberg & Callaghan, 2010).

O reforçamento destas respostas pode ser feito por meio de consequências sociais providas pelo terapeuta, na qual ele pode, por exemplo, reconhecer ou auxiliar o cliente a reconhecer que a emissão destas respostas é congruente com os seus objetivos e valores (cf. Assaz et al., manuscrito submetido). Ao fazer isso, o terapeuta busca estabelecer uma contingência de reforçamento diferencial (Vollmer & Iwata, 1992), no qual uma classe de respostas alternativa à resposta-alvo rígida é reforçada (DRA, do inglês *differential reinforcement of alternative behavior*). Neste sentido, é criado em sessão uma contingência contrária às contingências sociais vigentes, que tendem a reforçar relações resposta-resposta, descritas no capítulo 2.

O procedimento de DRA favorece o processo de discriminação simples, onde diante dos pensamentos enquanto estímulos antecedentes, uma nova resposta é emitida e reforçada. Conforme o processo continua, aumenta-se a correlação entre o estímulo verbal antecedente e uma nova resposta e, concomitantemente, diminui-se a correlação entre este estímulo e a resposta prévia, cuja probabilidade de ocorrência é reduzida (Vollmer & Iwata, 1992). Caso esse processo seja amplamente favorecido, com o tempo estes pensamentos adquirem função de estímulo discriminativo para agir de acordo com o novo padrão de resposta.

No caso do indivíduo da Figura 9, é provável que ele se esquive do estímulo verbal “humilhação” em sessão, evitando falar sobre seus medos e experiências prévias de punição social. Então, o terapeuta pode evocar e consequenciar respostas incompatíveis com a evitação, como expressar estes medos e experiências. Ademais, de modo menos experiencial, terapeuta e cliente podem estabelecer compromissos em sessão para ativamente desobedecer esses pensamentos de fuga e agir de modo incongruente com seus pensamentos. Idealmente, as tentativas de se aproximar da sala de aula serão reforçadas positivamente de forma natural, como pelo contato com os colegas ou pela aprendizagem decorrente, aumentando a probabilidade de ele continuar se engajando neste novo padrão, “desobedecendo” seus pensamentos (Figura 11).

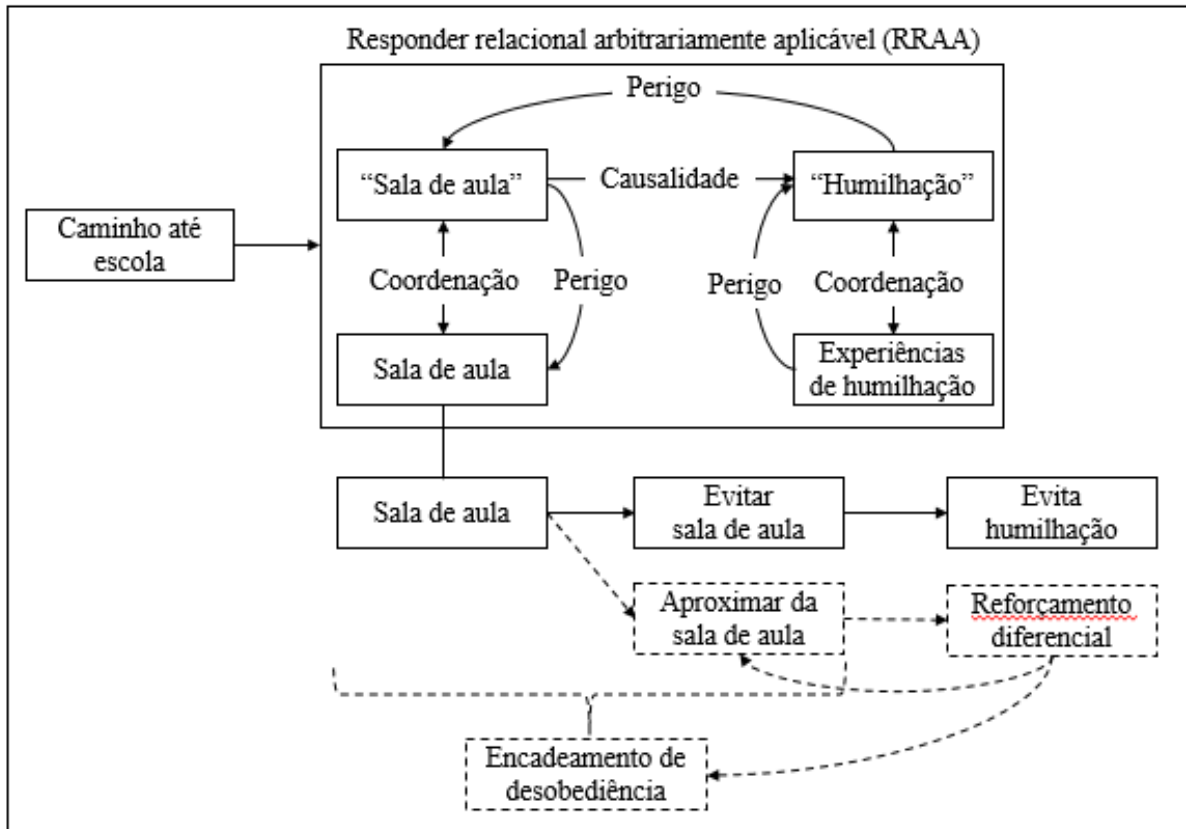


Figura 11. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio do reforçamento diferencial de respostas alternativas (DRA).

Em sua conceituação da desfusão cognitiva, Dymond e colaboradores (2014) oferecem uma análise similar:

Por exemplo, uma técnica conhecida como “desfusão” ensina o cliente a emitir outras respostas instrumentais na presença do estímulo temido e, portanto, ampliar as funções de resposta de estímulos temidos ao invés de restringi-las. Na verdade, a multiplicidade de funções de resposta que são estabelecidas para o estímulo temido no contexto terapêutico . . . competem com as funções dominantes de medo e esquiva e reduzem a probabilidade de medo e esquiva emergirem em cada ocasião (Dymond, Dunsmoor, Vervliet, Roche & Hermans, 2014, p. 38).

A efetividade dos procedimentos de DRA em reduzir a frequência de respostas-alvo tem sido demonstrada na pesquisa básica (e.g., Mulick, Leitenberg & Rawson, 1976; Lowry & Lachter, 1977) e aplicada. No âmbito aplicado, isto foi obtido tanto em comportamentos agressivos, disruptivos e alimentares de indivíduos com desenvolvimento atípico (Petscher, Ray & Bailey, 2009), quanto em comportamentos interpessoais de adultos sem atrasos no desenvolvimento (Kanter, Manbeck, Kuczynski, Maitland, Villas-Bôas & Ortega, 2017; Singh & O’Brien, 2018). Assim, os procedimentos de quebrar o elo pensamento-ação se aproximam funcionalmente da prática do terapeuta FAP, que modela comportamentos clinicamente

relevantes em sessão, favorecendo uma aproximação entre a ACT e a FAP já defendida por outros autores (Callaghan et al., 2004; Kohlenberg & Callaghan, 2010).

Para além da mudança no controle de estímulos e do DRA, um terceiro conjunto de estratégias almejam reduzir o controle verbal ao contextualizar o pensar no falante. Em outras palavras, essas intervenções buscam relacionar o conteúdo do pensamento com o indivíduo que está pensando. Esse processo é o que mais se aproxima da conceituação de Blackledge (2007), uma vez que envolve alterações no contexto do pensar. Porém, diverge na operação contextual realizada, uma vez que consiste na introdução de uma variável contextual específica e não na sua remoção.

Teoricamente, esse processo é abordado no âmbito da RFT por meio das molduras dêiticas, baseadas na perspectiva do falante. Dicas verbais, como “eu”, “você”, “ela” e “José”, podem adquirir controle contextual sobre o responder de modo que uma mesma frase pode evocar respostas diferentes no ouvinte a depender de quem a emitiu. Por exemplo, a afirmação “vai chover” pode evocar a resposta de pegar um guarda-chuva ou evitar ir à praia, mas o seu efeito pode ser modificado a depender da confiabilidade do falante. Se ele for tido como mentiroso, seja por meio de uma história de contato direto (cf. Martinez-Sanchez & Ribes-Iñesta, 1996; Martinez & Tamayo, 2005) ou indireto (cf. McHugh, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2004) com as mentiras, o controle dessa frase sobre o comportamento do ouvinte será menor. Sanidade, inteligência, estado emocional e presença de motivos ulteriores são outras variáveis do falante que podem modular o impacto do comportamento verbal no ouvinte (Hayes et al., 2001). Na taxonomia skinneriana do comportamento verbal, esses termos são conceituados como autoclíticos descritivos, operantes verbais que alteram o impacto de uma fala no ouvinte ao prover informações a respeito das fontes de controle do comportamento verbal do falante (Skinner, 1957).

Quando o falante e ouvinte são a mesma pessoa, ou seja, a pessoa está falando consigo mesma ou pensando (cf. Skinner, 1957), as dicas dêiticas do falante são menos salientes. Dificilmente pensamos que “eu estou pensando que vai chover”, apenas que “vai chover”. Um conjunto de exercícios da ACT com o objetivo de reduzir o controle verbal busca justamente deixar essa relação entre pensador e pensamento mais evidente. Neste sentido, é favorecido o processo de discriminação condicional, onde as respostas diante dos pensamentos (estímulo discriminativo) dependem do falante (estímulo condicional).

Este falante (i.e. nós mesmos) tem sua confiabilidade minada ao ser exposto como um indivíduo que estabelece relações arbitrárias entre estímulos em função de seu contexto histórico e atual e das consequências decorrentes disso, como coerência verbal e controle sobre

o mundo. Porém, tais relações não possuem necessariamente uma correspondência com a realidade: são simplesmente uma história que contamos a nós mesmos. Estes exercícios fazem isso ao sinalizar a arbitrariedade (*Criando uma nova história, Copo mau*), a criatividade/versatilidade (*Mestre contador de histórias, Obrigado mente, Observador*), as falhas (*Por quê, por quê, por quê?, Eu sou*) e os elementos de composição (*Categorização, Tendo pensamentos*) da narrativa que elaboramos.

No caso do indivíduo exemplificado na Figura 9, ele pode ser ensinado a contextualizar o pensamento “se eu entrar na aula, serei humilhado” como uma resposta verbal de um falante: ele mesmo. Caso este falante tenha sido previamente conceituado como um narrador pouco confiável, que tem pensamentos para protegê-lo em função de experiências aversivas prévias, mas não necessariamente corresponde ao contexto atual, a transformação de função resultante desta relação simbólica pode ser minimizada, conseqüentemente reduzindo o medo e a evitação diante da sala de aula e permitindo que outras fontes de influência, como o contato com amigos ou o estudo exerçam controle sobre o seu comportamento (Figura 12).

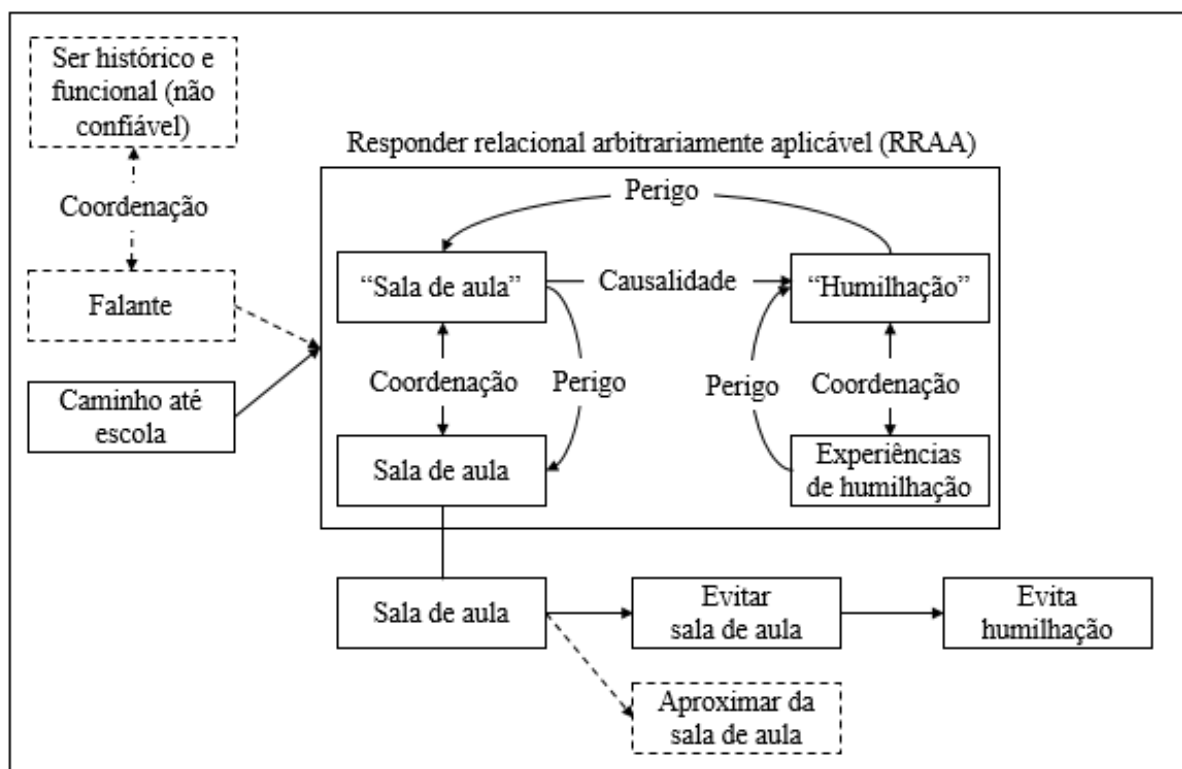


Figura 12. Diagrama dos efeitos de procedimentos que almejam produzir desfusão cognitiva por meio da contextualização do RRAA.

A seguir, a Tabela 1 apresenta a classificação funcional dos procedimentos de desfusão cognitiva, evidenciando o processo de mudança envolvidos nos exercícios da ACT.

Tabela 1

Classificação funcional dos procedimentos de desfusão cognitiva.

Procedimento geral	Processo de mudança	Experiências cotidianas análogas	Exercícios da ACT	Resultado (estado final)
Alteração no modo de apresentação do estímulo	Mudança no controle de estímulos (propriedades sonoras e motoras da pronúncia)	Trava línguas Escutar ou ver uma palavra em uma língua desconhecida	Repetição da palavra; Vozes bobas, Fala lenta; Cantar pensamentos, Tradução da palavra	Redução do controle verbal dos pensamentos sobre o comportamento
	Mudança no controle de estímulos (propriedades formais da palavra) e distanciamento espacial		Folhas na correnteza; Soldados no desfile; Passageiros no ônibus; Materializando; Mãos como pensamentos; Pensamentos em cartas; Demônios no barco	
Reforçamento diferencial de respostas alternativas (DRA)	Discriminação simples	Não reagir à sonhos ou fantasias	Pensamentos e sentimentos não são causas; Carregando cartas; Leve sua mente para passear; Passageiros no ônibus; Demônios no barco	
Introdução de relações simbólicas dêiticas (autoclíticos descritivos)	Discriminação condicional	Não confiar em uma proposta de um vendedor boa demais para ser verdade	Criando uma nova história; Copo mau; Mestre contador de histórias; Obrigado mente; Por quê, por quê, por quê?; Categorização; Tendo pensamentos; Observador	

É importante ressaltar que a classificação acima se propõe a distinguir entre os processos comportamentais predominantes de cada exercício. Porém, considerando a complexidade de cada intervenção terapêutica, esta tarefa não é simples: exercícios de DRA e de mudança contextual envolvem alteração no controle de estímulos; exercícios contextuais implicam que o indivíduo emita respostas diferentes diante de seus pensamentos. Entretanto, essas semelhanças são consideradas secundárias ao principal processo responsável pelos efeitos da desfusão cognitiva, legitimando a classificação acima.

Em resumo, a proposta acima afirma que a redução da transformação de função de estímulos em relações simbólicas (i.e. redução de controle verbal) é um resultado que pode ser gerado por diferentes processos de mudança. A partir desta ideia, a presente conceituação distingue três grandes classes de exercícios de desfusão, cada uma atuando predominantemente por processos distintos: procedimentos de alteração do modo de apresentação do estímulo, de

reforçamento diferencial de respostas alternativas e introdução de relações simbólicas dêiticas (Assaz et al, 2018).

A conceituação do termo “desfusão cognitiva” proposta acima traz consigo mudanças no modo de entender o fenômeno em questão. Mais precisamente, existem implicações nos âmbitos conceitual, clínico e de pesquisa, que serão discutidas na sequência.

4.3. Implicações Conceituais

A compreensão da desfusão cognitiva como um fenômeno que envolve diversos procedimentos, que atuam por distintos processos comportamentais, aumenta a complexidade de sua conceituação. Lidando com fenômenos complexos, a importância de distinguir claramente entre procedimento, processo e resultado é ainda maior. Como mencionado no capítulo 3, procedimento é entendido como a manipulação de eventos ambientais; processo como a alteração na interação entre organismo e ambiente em função do procedimento; e resultado como a mudança no estado disposicional (tendência comportamental) do organismo (cf. Lopes, 2008; Millenson, 1975).

Porém, na literatura da ACT, muitos textos utilizam o termo “desfusão cognitiva” indiscriminadamente, para se referir a procedimento, processo e resultado (Barnes-Holmes et al., 2016; McEnteggart et al., 2015). O seguinte trecho, retirado de um manual da ACT para terapeutas, ilustra o uso ambíguo do conceito:

Desfusão é um termo cunhado por Hayes e colegas (1999) para descrever a tentativa de reduzir a fusão cognitiva, ou o impacto da transformação da função de estímulos quando o cliente é exposto a um evento verbal [resultado]. O processo de desfusão busca desconectar (des-fundir) o comportamento da pessoa do controle de estímulos da palavra [processo]. As práticas de desfusão são úteis em si mesmo, e são comumente integradas com o trabalho de aceitação, contato com o momento presente e tomada de perspectiva [procedimento] (Bach & Moran, 2008, p. 166).

Entretanto, utilizar o mesmo termo para descrever procedimento, processo e resultado significa um decréscimo em precisão conceitual. Sendo a precisão uma característica almejada não somente pela CBS como também pela ciência de modo geral (Hayes et al. 2012; Hayes et al., 2013; Vilaradaga et al., 2009), mais coerente seria, ao tratar da desfusão cognitiva, distinguir claramente entre os exercícios utilizados pelos terapeutas em sessão, como *Repetição da palavra; Leve sua mente para passear* ou *Tendo pensamentos* (procedimento); os mecanismos de mudança subjacentes a esses exercícios, como mudança no controle de estímulos, discriminação simples e discriminação condicional (processo); e o efeito sobre o cliente de

redução da transformação de função em relações verbais (resultado). Em concordância com McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey e Barnes-Holmes (2015):

Obviamente não estamos negando que as técnicas de desfusão existam, ou que a fusão possa ser reduzida, ou que isso possa ocorrer por um processo de desfusão, mas estamos simplesmente afirmando que o mesmo conceito não pode ser os três tipos de fenômenos (McEnteggart et al., 2015, p. 57).

Assim, caso opte-se pela manutenção do constructo de desfusão cognitiva no modelo terapêutico da ACT em função de sua utilidade pragmática, deverá ser definido a qual dos três fenômenos ele se refere. Considerando a multiplicidade de procedimentos e processos envolvidos na desfusão cognitiva em contraponto a unicidade do resultado, é mais preciso conceituar desfusão cognitiva em termos de seu resultado, como a diminuição da transformação de função em relações verbais (reduzindo o controle verbal sobre o comportamento). Dessa forma, exercícios como *Tendo pensamentos* produzem, por meio do processo de discriminação condicional, o efeito de desfusão cognitiva. De modo similar, a intervenção *Leve sua mente para passear* produz, por meio do processo de discriminação simples, o efeito de desfusão cognitiva.

Conclusão semelhante foi alcançada por Cordova (2001), em sua discussão do fenômeno da aceitação, outro conceito fundamental do Modelo de Flexibilidade Psicológica. Sua definição de aceitação enfatiza o resultado: “aceitação pode ser definida operacionalmente como a mudança do comportamento evocado por um estímulo, de esquiva, fuga ou destruição para aproximação e manutenção de contato” (p. 215). Na sequência do artigo, o autor discute os distintos procedimentos e processos responsáveis por gerar esse efeito nos clientes.

Seguindo essa linha de raciocínio, todos os termos do Modelo de Flexibilidade Psicológica podem ser mais bem compreendidos como resultados, e não como processos ou procedimentos. Assim, poderíamos afirmar que na ACT busca-se que o cliente esteja em contato com seus eventos privados (aceitação); que seja menos controlado verbalmente (desfusão cognitiva); esteja sensível às contingências em vigor (contato com o momento presente); estabeleça uma relação hierárquica entre o Eu e seus comportamentos (senso de Self-como-contexto); tenha claro o que é importante para si (valores); e se engaje em atitudes congruentes com seus valores (ação comprometida).

Conceituando a desfusão cognitiva como um resultado, é possível retomar a Figura 1 e esboçar um modelo de diferentes níveis de precisão de linguagem para esse fenômeno sem o risco de confluir procedimento, processo e resultado. Sendo desfusão cognitiva um termo de nível intermediário, um modo mais preciso de se referir a este resultado é definí-lo como a redução do controle verbal sobre o comportamento. Por sua vez, diminuir o controle verbal é possível na medida em que a transformação de função decorrente de relações verbais é minimizada. Assim, uma versão da Figura 1 para descrever o fenômeno de desfusão cognitiva se assemelha ao apresentado na Figura 13.



Figura 13. Pirâmide esquemática dos diferentes níveis de precisão de linguagem para a desfusão cognitiva

Uma das vantagens da pirâmide apresentada na Figura 12 é que, ao equiparar desfusão cognitiva com redução do controle verbal, torna-se mais fácil realizar comparações com outros conceitos similares existentes nas literaturas comportamental e cognitiva (cf. Bernstein, Hadash & Fresco, 2019; Bernstein, Hadash, Lichtash, Tanay, Shepherd & Fresco, 2015). A área está repleta de constructos relacionados à desfusão cognitiva, com muita sobreposição conceitual, como decentramento (Safran & Segal, 1990), consciência metacognitiva (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams & Segal, 2002), distanciamento cognitivo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), modo metacognitivo (Wells, 2005) e autodistanciamento (Kross & Ayduk, 2017). Porém, cada uma delas está associada a modalidades terapêuticas ou linhas de investigações distintas, com pouca interlocução. Sem comunicação, há o risco de inundar a literatura com conceitos distintos para fenômenos idênticos, uma estratégia com baixa precisão

e parcimônia, analogamente à proliferação de psicoterapias diversas com procedimentos extremamente similares. Conseqüentemente, a integração e disseminação do conhecimento produzido, assim como o avanço da psicologia clínica como um todo, são prejudicadas (Kazdin, 2001a; Rosen & Davidson, 2003; Castonguay & Butler, 2006). Mas, ao identificar a desfusão cognitiva como a redução do controle verbal, os demais constructos podem ser analisados em termos desse resultado descrito com maior precisão. E, caso um ou mais deles não descrevam resultados distintos, prescindir de seu uso em favor da parcimônia conceitual. A análise realizada por Berstein e colaboradores (2015) é um esforço importante nesta direção, mas ainda há um longo caminho a percorrer por meio do diálogo.

4.4. Implicações Clínicas

A compreensão da desfusão cognitiva como um resultado, passível de ser alcançado por diferentes processos, também possui implicações para a prática clínica. Para iniciar esta discussão, é importante entender que o comportamento do clínico analítico-comportamental é, em grande parte, controlado pela análise funcional. A análise funcional é uma ferramenta de avaliação psicológica orientada pelos princípios filosóficos e teóricos da Análise do Comportamento, cujo objetivo é a identificação e descrição de relações funcionais entre respostas do indivíduo clinicamente relevantes e eventos ambientais (históricos e atuais). Para isso é necessário selecionar e operacionalizar a resposta de interesse clínico; identificar condições antecedentes e conseqüentes desta resposta; elucidar o contexto histórico desta resposta; elaborar análises causais entre esta resposta, demais respostas do indivíduo e variáveis ambientais; e formular hipóteses sobre os efeitos de manipular variáveis específicas na resposta (cf. Haynes & O'Brien, 2000; Matos, 1999; Meyer, 2003; Sturmey, 1996). Idealmente, esses passos seriam seguidos da manipulação das variáveis relevantes; observação dos efeitos da manipulação; e reelaboração das análises causais caso o que for observado não seja congruente com o hipotetizado. Caso a manipulação de variáveis relevantes não seja feita, caracteriza-se uma avaliação funcional (Meyer, 2003).

A análise funcional é um instrumento indispensável na Clínica Analítico-Comportamental (que inclui a ACT) por possibilitar a conceituação do caso e o planejamento da intervenção (Callaghan & Darrow, 2015; Hayes & Follette, 1992; Haynes & O'Brien, 2000; Sturmey, 1996). O emprego de técnicas a despeito de uma avaliação funcional é capaz de não promover mudanças ou, pior, ter efeitos iatrogênicos (Callaghan & Darrow, 2015; Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1982; Mace, 1994). Afinal, é a análise funcional que permite que o terapeuta identifique as relações organismo-ambiente problemáticas, que têm

trazido sofrimento para o cliente; elabore hipóteses sobre possíveis alterações nas relações funcionais que aproximariam o cliente dos objetivos terapêuticos; selecione os processos comportamentais capazes de alterar essas relações; e, somente então, opte por procedimentos de intervenção adequados, adaptados às capacidades do terapeuta e características do cliente.

Enquanto um termo de nível intermediário, a desfusão cognitiva pode não ser facilmente integrada à análise funcional do clínico analítico-comportamento, pouco contribuindo para informar sua tomada de decisão. Porém, descrevendo-a em termos mais precisos como a redução do controle verbal sobre o comportamento, ela pode ser prontamente integrada aos objetivos terapêuticos almejados pelo terapeuta se, com base em sua conceituação de caso, ele identificar que o controle verbal existente está trazendo sofrimento e prejuízos para o cliente, afastando-o de seus valores pessoais.

Ademais, sem a compreensão dos processos envolvidos na promoção da desfusão cognitiva, ainda que o clínico analítico-comportamental estabeleça ela como um dos objetivos terapêuticos, resta pouca escolha a não ser selecionar um ou mais dos procedimentos pré-existentes na literatura e implementá-los em sessão. Não há nada inerentemente errado em adotar procedimentos já descritos e operacionalizados por outras pessoas. Inclusive, fazê-lo pode ser a melhor decisão clínica no momento. O problema é que o caráter ideográfico do processo clínico é prejudicado, uma vez que o terapeuta possui escopo limitado de ação para adotar procedimentos que mais se adequam a ele e ao seu cliente, ao ser dependente de uma lista prévia de intervenções mais ou menos estruturadas.

Mas, se o terapeuta for capaz de compreender os processos comportamentais envolvidos nestes procedimentos, ele estará em melhores condições de elaborar procedimentos novos ou adaptar outros já existentes de uma forma criativa e que melhor se adapte a ele e ao cliente. Por exemplo, imagine que o terapeuta esteja tentando demonstrar o caráter funcional do pensar e o seu controle pelas consequências, distinguindo-o de uma concepção do pensar como reflexo da realidade. Neste caso, ele poderia empregar a metáfora do *Mestre contador de histórias*. Porém, se o cliente não for um entusiasta de livros e filmes de ficção, a efetividade dessa metáfora pode ser comprometida. Alternativamente, ele poderia comparar a mente à um vendedor, interessado em vender o seu produto custe o que custar e cumprir a sua cota; ou à um político em campanha eleitoral, realizando promessas para ser eleito. Se essas figuras forem mais familiares no dia-a-dia do cliente, a metáfora possivelmente terá um impacto maior. Porém, essas alterações só são possíveis na medida em que o terapeuta compreende que o objetivo é recontextualizar o pensador (i.e. o próprio cliente) como uma fonte não-confiável,

seja essa imaginada como um narrador cativante, um vendedor carismático, um político populista ou qualquer outra figura análoga.

Assim, se a compreensão funcional dos mecanismos subjacentes aos procedimentos para promover desfusão cognitiva aumentar, é provável que haja um aumento na qualidade do processo de tomada de decisão do terapeuta em sua coerência, flexibilidade e criatividade, e conseqüentemente em sua efetividade.

4.4. Implicações de Pesquisa

Por fim, a conceituação de desfusão cognitiva apresentada acima possui implicações para direcionar futuras pesquisas na área. Para abordar esta questão, será importante adotar uma perspectiva translacional (cf. Mace & Critchfield, 2010). Não é incomum encontrar no discurso de pesquisadores uma distinção, e até certa oposição, entre as pesquisas de cunho mais “básico” e aquelas de caráter mais “aplicado”, sendo a principal diferença entre elas a motivação para a escolha do objeto de estudo: o processo de tomada de decisão de pesquisadores básicos seria controlado pela teoria e por lacunas no seu corpo de conhecimento, enquanto o de pesquisadores aplicados seria controlado pela relevância social (Baer, Wolf & Risley, 1968; 1987).

Apesar da importância histórica em diferenciar a Análise Experimental do Comportamento da Análise Aplicada do Comportamento, tal separação pode criar um afastamento entre os cientistas de cada uma e o conhecimento produzido por seus estudos (Mace & Critchfield, 2010). Por causa disso, uma linha de investigação translacional, que implica em um esforço cooperativo, integrativo e coordenado entre as pesquisas com maior orientação básica e aplicada a fim de promover uma troca mútua, pode enriquecer ambas as áreas e criar um corpo de conhecimento comportamental mais coerente e profundo (Mace & Critchfield, 2010). Essa estratégia possui muitas semelhanças com o modelo reticulado de progresso científico proposto pela CBS, na qual as áreas de pesquisa básica e aplicada possuem certa independência na tomada de decisões metodológicas e são integradas por esforços progressivos de ambas as partes, uma informando a outra (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012).

Nesse sentido, a pluralidade metodológica é central. Afinal, cada método possui forças e fraquezas inerentes e é somente através da integração das diferentes formas de produzir conhecimento que essas fraquezas podem ser superadas e uma maior confiança no conhecimento construído alcançada. Focando em pesquisas experimentais ou quase-experimentais, elas podem variar ao longo de um continuum em relação à algumas variáveis

chave, como a população estudada e o tipo de variáveis independentes e dependentes analisadas.

Em um extremo do continuum, essas pesquisas podem empregar participantes sem problemas psicológicos evidentes, em condições laboratoriais na qual eles são submetidos a manipulações de variáveis análogas aos processos subjacentes a intervenções clínicas, que são então avaliadas em termos de seus efeitos sobre comportamentos análogos aos problemas clínicos encontrados na prática. No outro extremo, pacientes em sofrimento psicológico são submetidos a intervenções clínicas com o intuito de avaliar se são produzidas melhoras significativas em comportamentos clinicamente relevantes (Figura 14). Apesar do decréscimo em validade externa ao adotar populações não-clínicas e variáveis independentes e dependentes análogas, prejudicando interpretações sobre a generalização dos resultados (Cowen, 1961; Kazdin, 1978; Reynolds & Streiner, 1998), o aumento da validade interna e a possibilidade de manipulação de parâmetros dos processos básicos torna essa metodologia de extrema importância para um estudo translacional do processo de mudança em psicoterapia (cf. Dougher, Twohig & Madden, 2014; Levin & Villatte, 2016). Algumas possibilidades de pesquisa que representem tal variedade metodológica em relação à promoção da desfusão cognitiva serão apresentadas na sequência.

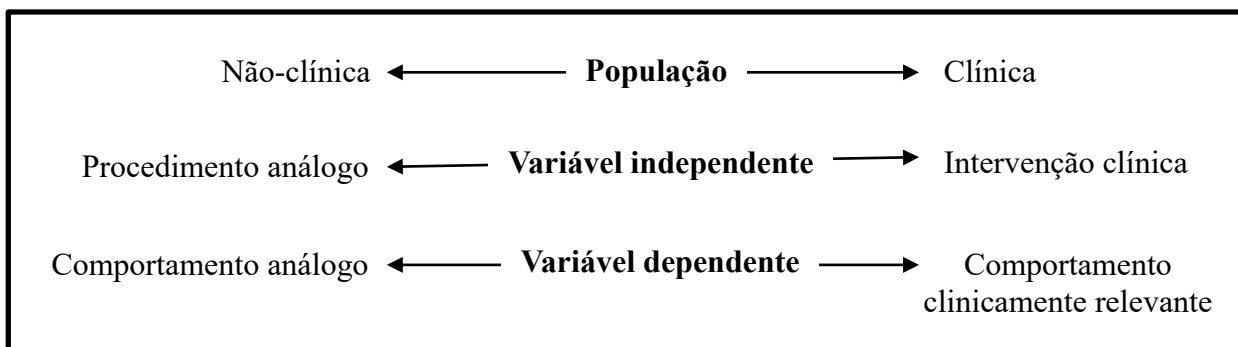


Figura 14. Representação do continuum entre pesquisa básica e aplicada, identificando possíveis populações, variáveis independentes e dependentes passíveis de serem estudadas.

Em primeiro lugar, ao coordenar os diversos exercícios que promovem desfusão cognitiva com processos comportamentais básicos, é possível exercer maior controle experimental ao deixar de utilizar os complexos exercícios como variáveis independentes e passar a usar e manipular processos básicos diretamente, que refletem o mecanismo de mudança subjacente aos exercícios (Dymond et al., 2013; Levin & Villatte, 2016).

Uma metodologia recorrentemente adotada nesse tipo de estudo envolve a construção de classes simbólicas entre estímulos sem função prévia (e.g., figuras abstratas, pseudopalavras) por meio do procedimento de MTS. À título de ilustração, considere que duas classes de coordenação de quatro membros cada (A1-B1-C1-D1 e A2-B2-C2-D2) foram estabelecidas a partir do MTS. Então, um membro de cada classe adquire funções específicas por meio de condicionamento respondente. Por exemplo, B1 pode ser pareado com estímulos aversivos (e.g., imagens horríveis), enquanto B2 é pareado com estímulos apetitivos (e.g., ganho de pontos). Então, por meio de condicionamento operante, o participante é ensinado uma resposta de evitação, que ele pode emitir diante de B1, esquivando-se da imagem (e.g., apertar tecla q); e uma resposta de aproximação, que o indivíduo pode emitir diante de B2, levando à obtenção dos pontos (e.g., apertar tecla p). Após algumas tentativas, os estímulos B1 e B2 provavelmente transformarão a função dos demais estímulos de suas respectivas classes.

Traduzindo para o âmbito clínico, este procedimento é análogo a construção de uma rede relacional na qual a palavra falada “gato”, a palavra escrita “GATO”, a imagem de um gato e a palavra falada “cat” estão em uma relação de coordenação; e outra na qual a palavra falada “cachorro”, a palavra escrita “CACHORRO”, a imagem de um cão e a palavra falada “dog” estão em uma relação de coordenação. Em seguida, o indivíduo passou por experiências de aprendizagem direta na qual ele foi atacado por um gato e aprendeu a evitar o animal, generalizando essas funções para outros estímulos simbolicamente relacionados (palavras faladas e escrita); e na qual ele foi recebido com carinho por um cachorro, aprendendo a se aproximar dele e generalizando essa função para outros estímulos simbolicamente relacionados.

A partir dessas condições, é possível manipular variáveis relevantes em uma etapa subsequente do experimento e verificar o seu efeito na transformação de função dos estímulos B1 e B2 para os demais membros das classes. Caso os estímulos B1 e B2 mantenham suas funções, mas os demais apresentem diminuição na taxa ou magnitude de resposta, é possível afirmar que a transformação de função foi minimizada, resultado denominado de desfusão cognitiva em termos de nível intermediário.

Tais variáveis a serem manipuladas podem ser isoladas a partir da conceituação do processo de mudança envolvido nos diferentes procedimentos para promoção da desfusão cognitiva. No caso do processo de alteração do controle de estímulos, uma primeira opção é criar uma etapa na qual exige-se que o participante emita respostas sob controle das propriedades formais dos estímulos (e.g., tamanho, número de traços, forma retangular ou redonda da figura abstrata, quantidade de letras da pseudopalavra) e não mais de suas relações

simbólicas com outros estímulos. Este procedimento seria funcionalmente análogo aos procedimentos de brincar com as palavras. Uma segunda opção envolve estabelecer dicas contextuais espaciais arbitrárias, que sinalizem “longe” e “perto”, por meio de TME não-arbitrário (cf. May et al., 2017). Então, uma vez que o participante tenha atingido os critérios de aprendizagem dessas dicas contextuais, apresentá-las em conjunto aos estímulos simbólicos e verificar se eles exercem efeito sobre a transformação de função. Este procedimento seria funcionalmente análogo aos procedimentos de objetificar pensamentos.

Já no caso do processo de promoção de desfusão cognitiva por DRA, uma metodologia similar à adotada por Broothaerts (2015) pode trazer dados importantes. Após a construção de classes simbólicas entre estímulos e das etapas de condicionamento respondente e operante, uma etapa subsequente pode alterar o contexto (e.g., fundo da tela do computador) e ensinar os participantes a emitirem novas respostas de aproximação e evitação diante dos mesmos estímulos. Ou seja, respostas diferentes das aprendidas durante a etapa de condicionamento operante, como pressionar teclas distintas no teclado. Em uma fase subsequente, o padrão de respostas do indivíduo é avaliado no contexto original e em um novo contexto, buscando avaliar sua flexibilidade no responder. Esse procedimento seria funcionalmente semelhante aos exercícios que buscam quebrar o elo pensamento-ação.

Por fim, um procedimento análogo à promoção de desfusão cognitiva por recontextualização seria adotar uma metodologia inspirada nos estudos de Martinez-Sanchez e Ribes-Iñesta (1996) e Martinez e Tamayo (2005), utilizando instruções para estabelecer a classe de coordenação e não reforçamento diferencial. Então, após as fases de condicionamento direto e verificação de transformação de função, mesclar os estímulos em duas novas classes de equivalência (e.g., A1-B2-C1-D2 e A2-B1-C2-D1). Metade dos participantes seriam informados dessa mudança, enquanto à outra parcela seriam fornecidas instruções falsas. O uso de instruções verdadeiras e falsas permite uma criatividade inestimável na elaboração da metodologia. Eventuais mudanças na transformação de função em indivíduos que tiveram contato com as falsas instruções poderiam ser atribuídas à redução na capacidade do emissor da regra em controlar o comportamento, que passa a ser contextualizado como não-confiável.

Transitando no continuum de variedade metodológica, é possível elaborar pesquisas nas quais participantes (clínicos ou não-clínicos) são submetidos a intervenções clínicas, cujos efeitos são avaliados em comportamentos análogos àqueles clinicamente relevantes. A maioria dos estudos descritos na seção 3.3.4 são desse tipo. Esse tipo de investigação pode ser muito útil para comparar diferentes tipos de procedimentos que promovem desfusão cognitiva.

Afinal, se eles o fazem por processos distintos, como proposto acima, é possível que eles apresentem diferenças nos efeitos comportamentais que eles produzem.

A despeito da aparente contradição dessa afirmação, é importante ter em mente que contingências possuem múltiplos efeitos sobre o comportamento. Por exemplo, por meio de processos de aprendizagem operante, vicariante e verbal, um indivíduo pode apresentar taxas similares de esquiva diante de um estímulo (cf. Cameron, Roche, Schlund & Dymond, 2016; Dymond, Schlund, Roche, De Houwer & Fregard, 2012), porém, cada processo acarreta em uma sensibilidade diferenciada do indivíduo às mudanças nas contingências e alterações no padrão de resposta de acordo (cf. Hayes et al., 1986; Shimoff, Catania & Matthews, 1981). Do mesmo modo, extinção, DRA, reforçamento diferencial de outras respostas e reforçamento não-contingente podem reduzir a taxa de respostas específicas, porém terem efeitos distintos na amplitude e flexibilidade do repertório (cf. Vollmer, Iwata, Zarcone, Smith & Mazaleski, 1993).

Seguindo esta linha de raciocínio, ao atuarem por processos comportamentais distintos, os procedimentos para promoção da desfusão cognitiva podem apresentar diferenças entre si. Por exemplo, no que diz respeito ao tipo de função de estímulo afetada; às variáveis que modulam diferentemente o impacto da intervenção (i.e., moderadores); à facilidade de implementação; e à possibilidade de generalização dos resultados. Porém, em última instância, esta é uma pergunta empírica, que poderá ser respondida com maior embasamento caso sejam realizadas investigações que comparem diretamente diferentes exercícios utilizados para produzir desfusão cognitiva em comportamentos análogos àqueles clinicamente relevantes.

Até o momento nenhum estudo publicado se propôs a comparar diretamente duas ou mais estratégias de desfusão cognitiva radicalmente distintas em termos de procedimento. Algumas exceções são estudos que manipularam as relações simbólicas utilizadas no exercício do *Observador* (Foody et al., 2013; Gil-Luciano et al., 2016; López-López & Luciano, 2016; Luciano et al., 2011), parâmetros de execução da *Repetição da palavra* (Masuda et al., 2009; Tyndall et al., 2017), prática de exercício experiencial (Mandavia et al., 2015; Masuda et al., 2010) e presença de justificativa clínica (Healy et al., 2008), porém sempre comparando o mesmo tipo de procedimento. Os demais compararam um exercício para promover desfusão cognitiva com outras estratégias de regulação emocional (e.g. supressão, distração) ou com a ausência de intervenção. O Estudo II desse projeto, apresentado no próximo capítulo, se propõe a começar a preencher esta lacuna na literatura, comparando dois procedimentos comumente utilizados na ACT para promover desfusão cognitiva e que, na nova conceituação proposta, atuam por processos distintos: *Repetição da palavra* e *Carregar cartas*.

A comparação direta destes dois procedimentos poderá oferecer evidências que corroborem (ou não) a classificação dos procedimentos que buscam favorecer a desfusão cognitiva, proposta no Estudo I. Além disso, a observação de possíveis diferenças na resposta dos participantes aos procedimentos específicos pode indicar variáveis moderadoras relevantes, que afetam a efetividade dos procedimentos. Por sua vez, esse conhecimento é capaz de informar a prática clínica do terapeuta, especialmente na escolha de qual processo favorecer e procedimento utilizar para promover a desfusão cognitiva.

Passando para o outro extremo do continuum, temos pesquisas nas quais são avaliados os efeitos de intervenções clínicas em comportamentos clinicamente relevantes de clientes em sofrimento psicológico. A maior parte destas consiste na aplicação de protocolos clínicos que nada mais são do que agrupados de diferentes exercícios descritos no capítulo 3. Tais estudos são capazes de informar sobre a efetividade do protocolo construído, mas tem suas limitações. De extrema importância é o fato de que o procedimento adotado implica em uma análise funcional ideográfica do caso mínima ou até não-existente. Sendo a análise funcional uma ferramenta básica do clínico analítico-comportamental, sem ela os resultados podem ser aquém do esperado, não produzindo resultados positivos em todos os pacientes ou até tendo efeitos iatrogênicos (Callaghan & Darrow, 2015; Iwata et al., 1982).

Ademais, somente com as dezenas de exercícios para promover desfusão cognitiva em mãos, o terapeuta dificilmente será capaz de fazê-lo da forma mais efetiva possível em sessão. Isto porque, a implementação de estratégias para promover desfusão cognitiva ocorre no contexto da sessão terapêutica, uma interação social dinâmica. De forma que a escolha do procedimento, o *timing* da intervenção, a construção de um contexto favorável para sua implementação e superação de barreiras para o tratamento são aspectos essenciais do processo (cf. Westrup, 2014).

Apesar de tal problema poder ser trabalhado em treinamentos de terapeutas e supervisão (Schoendorff & Steinwachs, 2012; Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998), estudos que ofereçam evidências e diretrizes de como promover a desfusão cognitiva em sessão de modo eficiente podem ser de grande valia, especialmente para terapeutas iniciantes frente obstáculos no processo terapêutico. A interação lógica da FAP (Weeks, Kanter, Bonow, Landes & Busch, 2012) é um bom exemplo de tal descrição, que oferece dicas de tipos de interação prováveis e uma possível sequência destas. Dessa forma, a interação lógica pode tornar o terapeuta mais sensível à algumas contingências em sessão, favorecendo com que ele aprenda a responder a elas de forma mais efetiva.

O Estudo III se propõe a seguir nos passos da interação lógica da FAP e construir um modelo teórico que permita auxiliar na tomada de decisão de terapeutas que buscam promover desfusão cognitiva em sessão.

Porém, a interação lógica descrita por Weeks e colaboradores (2012) foi feita com base na experiência de seus proponentes, e não com base em dados empíricos. Futuros estudos cujos delineamentos permitam a análise da interação terapeuta-cliente e sessão, que adotem instrumentos de avaliação sensíveis ao objeto de estudo e utilizem uma metodologia de análise de dados que capture a sequência de comportamentos da díade são essenciais para substanciar as afirmações do modelo.

No âmbito da FAP, pesquisas com delineamento experimental ou quasi-experimental de sujeito único, que adotem o *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS; Callaghan & Follette, 2008) para categorizar as sessões e empreguem análises sequenciais das categorias poderão fazer isso. No contexto da desfusão cognitiva, algo similar pode ser feito. O Estudo IV almeja justamente isto ao se propor a analisar a sequência da interação terapeuta-cliente em sessões que buscam promover desfusão cognitiva para refinar o modelo criado no Estudo III a partir de evidências empíricas.

5 – Comparação dos Efeitos de Dois Procedimentos para Promover Desfusão Cognitiva (Estudo II)

5.1. Justificativa

A principal conclusão do primeiro estudo é a de que a desfusão cognitiva é um resultado (i.e. redução da transformação de função em relações simbólicas) capaz de ser alcançado por diversos processos comportamentais, que, por sua vez, estão refletidos nos diferentes exercícios empregados na ACT. Se esse raciocínio estiver correto e os procedimentos que promovem desfusão cognitiva de fato atuarem por processos distintos, é possível que eles apresentem diferenças clinicamente relevantes.

Uma possibilidade é que eles possuam moderadores distintos. Ou seja, alguns procedimentos podem ser mais ou menos efetivos a depender de variáveis do cliente, do terapeuta, do momento de sessão e do modo de implementação, por exemplo; e as variáveis relevantes podem não ser as mesmas. À título de ilustração, algumas pesquisas indicam que a efetividade do exercício *Repetição da palavra* é moderado pelo tempo de repetição da palavra (Masuda et al., 2009) e pela taxa de palavras por segundo (Tyndall et al., 2017). Porém, não é esperado que essas mesmas variáveis exerçam influência sobre o exercício *Estou tendo um pensamento*, por exemplo.

Outra possibilidade é que os efeitos secundários decorrentes dos procedimentos sejam distintos, ainda que o resultado principal e almejado pela intervenção seja o mesmo. À título de ilustração, é possível atingir taxas similares de esquiva por meio de processos de aprendizagem operante, vicariante e verbal (cf. Cameron et al., 2016; Dymond et al., 2012). Entretanto, apesar deste resultado ser similar, outros efeitos provavelmente serão diferentes, por exemplo, a sensibilidade do comportamento dos indivíduos a mudanças nas contingências e mudança no padrão de resposta de acordo (cf. Hayes et al., 1986; Shimoff, Catania & Matthews, 1981). Similarmente, é possível extinguir respostas específicas por meio de diferentes esquemas de reforçamento, como extinção direta, reforçamento diferencial de respostas alternativas, reforçamento diferencial de outras respostas e reforçamento não contingente. Porém, apesar deste efeito em comum, a presença de efeitos induzidos pela extinção e amplitude do repertório varia de acordo com o esquema adotado (cf. Vollmer et al., 1993).

Ao adentrar na literatura de estudos análogos de desfusão cognitiva, é possível observar uma variação importante em suas medidas de resultado. Especialmente notório é o

fato de que os estudos de Gutiérrez e colaboradores (2004) e McMullen e colaboradores (2008), que empregaram o exercício *Carregando cartas* em associação com a metáfora do pântano, e de Luciano e colaboradores (2014), que utilizaram o exercício *Pensamentos em cartas* em conjunto com o exercício do *Observador*, tiveram uma mudança drástica nas medidas de fuga na ausência de modificações expressivas nas medidas de desconforto emocional/dor. Entretanto, outros estudos que usaram procedimentos alternativos, como o *Repetição da palavra*, demonstraram repetidamente uma redução nas medidas de desconforto emocional/dor após a intervenção (Barrera et al., 2016; Deacon et al., 2011; De Young et al., 2010; Keogh, 2008; Mandavia et al., 2015; Maisel et al., 2019; Masuda et al., 2004; 2009; 2010a; 2010b; Ritzert et al., 2015; Tyndall et al., 2017; Watson, Burley & Purdon, 2010). Sem considerar a multiplicidade de mecanismos de mudança envolvidos na desfusão cognitiva, esses resultados seriam estranhos. Porém, ao considerar que os processos comportamentais envolvidos são possivelmente diferentes, essa divergência é, em certa medida, esperada.

Porém, existem variações metodológicas importantes em cada um destes estudos, incluindo a população adotada e as variáveis dependente e independente analisadas, que dificultam uma comparação direta dos resultados. Para tornar o cenário mais complicado, o autor não tem conhecimento de nenhum estudo publicado que comparou diretamente os efeitos de duas estratégias radicalmente diferentes para produzir desfusão cognitiva. O que existe na literatura são pesquisas que manipularam os parâmetros de execução da *Repetição da palavra* (Masuda et al., 2009; Tyndall et al., 2017), as relações simbólicas utilizadas no exercício do *Observador* (Foody et al., 2013; Gil-Luciano et al., 2016; López-López & Luciano, 2016; Luciano et al., 2011), a prática de exercício experiencial (Mandavia et al., 2015; Masuda et al., 2010) e a presença de justificativa clínica (Healy et al., 2008). Mas, nenhum desses compara estratégias hipotetizadas como funcionalmente diferentes na classificação elaborada no Estudo I.

Sem esse tipo de estudo comparativo entre intervenções diferentes, não será possível atestar com grande confiança se esses procedimentos de fato produzem resultados distintos, conseqüentemente oferecendo evidências para uma conceituação de desfusão cognitiva como um resultado passível de ser obtido por meio de processos comportamentais variados. Ademais, sem tal comparação, não será possível identificar com maior clareza quais os efeitos dos procedimentos para promover desfusão cognitiva que convergem e quais divergem; ou se existem diferenças individuais que atuam como moderadores para a eficácia desses procedimentos, de modo que um pode ser mais eficiente para alguns clientes do que para outros.

Em geral, os resultados almejados acima são de extrema relevância para a prática clínica, pois permitem aumentar a qualidade da tomada de decisão clínica ao melhor integrar a escolha de procedimentos com os processos subjacentes e a conceituação de caso feita de modo idiográfico para cada cliente.

Dos procedimentos empregados para promover desfusão cognitiva, dois que se apresentam prontamente para comparação são *Repetição da palavra* e *Carregar cartas*, tanto em função da frequência com que foram empregados em estudos análogos, quanto em função de resultados aparentemente contraditórios. Por fim, mas não menos importante, é o fato de que os dois foram classificados em categorias funcionalmente distintas no Estudo I, com os efeitos de *Repetição da palavra* caracterizados como uma mudança no controle de estímulos e *Carregar cartas* como uma discriminação simples.

Um modo de avaliar os efeitos desses procedimentos em comportamentos respondentes e operantes é empregar tarefas de conflito aproximação-fuga, no qual os indivíduos são inseridos em contingências aversivas, porém encorajados a não fugir por meio de pedidos do experimentador (i.e. regras), que podem explicitar ou não o acesso a reforçadores tangíveis contingente a sua permanência na tarefa (e.g., pontos trocados por dinheiro).

Uma dessas tarefas é a Tarefa de Imersão no Gelo (TIG). Nela, o participante deve inserir sua mão em água gelada e mantê-la submersa pelo tempo que conseguir. Além de ser um método experimental de indução de dor amplamente utilizado, com boa validade (Edens & Gil, 1995; Graven-Nielsen, Sergerdahl, Svensson & Arendt-Nielsen, 2001), ela é também utilizada em outros experimentos de componentes da ACT (e.g., Forsyth & Hayes, 2014; Hayes et al., 1999; Masedo & Esteve, 2007), sendo, portanto, uma ótima opção para a investigação dos efeitos de procedimentos para promover desfusão cognitiva. Ademais, a TIG tem sido eticamente aprovada por pesquisadores e participantes (Birnie, Noel, Chambers, Von Baeyer & Fernandez, 2011) e prescinde da identificação e aproximação de pensamentos desagradáveis que ocorrem no dia-a-dia do participante, como outras pesquisas (e.g., Barrera et al., 2016; Deacon et al., 2011), um procedimento que poderia ser psicologicamente invasivo e eticamente complicado caso abordasse um tema muito vulnerável para o participante, especialmente porque o experimentador não teriam condições de oferecer suporte psicológico subsequente e adequado para todos.

5.2. Objetivo

Comparar diretamente os efeitos de duas intervenções construídas para promover desfusão cognitiva (*Repetição da palavra* e *Carregando cartas*) sobre comportamentos

análogos a comportamentos clinicamente significativos (desconforto emocional e fuga) em um tarefa de conflito aproximação-fuga (TIG), buscando identificar possíveis diferenças no impacto dos procedimentos sobre o comportamento dos participantes.

5.3. Hipótese

Na comparação entre os períodos pré e pós-intervenção, os participantes submetidos aos procedimentos de *Repetição da palavra* e *Carregando cartas* reduzirão o desconforto experienciado e aumentarão o tempo de imersão da mão na Tarefa de Imersão no Gelo (TIG) em maior grau do que aqueles que não passaram por uma intervenção (controle) e tal diferença será estatisticamente significativa. É possível que haja diferenças entre o desempenho de participantes que passaram pelos procedimentos de *Repetição da Palavra* e *Carregando cartas*, com o primeiro grupo apresentando maiores resultados positivos na medida de intensidade de dor e o segundo na medida de tolerância. Porém, devido ao caráter pioneiro na comparação entre dois procedimentos radicalmente diferentes para a promoção da desfusão cognitiva, tais hipóteses são feitas com cautela.

5.4. Método

5.4.1. Participantes

Foram contactados 83 potenciais participantes a partir de divulgações em cartazes na Universidade de São Paulo e na internet. Os critérios de inclusão consistiram em ter entre 18 e 60 anos de idade e ser alfabetizado. Já os critérios de exclusão foram ter um histórico médico de doença cardiovascular, dor crônica, epilepsia ou diabetes, ter tomado medicamentos analgésicos nas doze horas anteriores ao experimentador ou conhecer pessoalmente o experimentador. Em função dos critérios acima, 5 potenciais participantes foram excluídos. Ademais, 3 potenciais participantes não compareceram para a coleta, resultando em 75 sujeitos. Destes, 19 atingiram o nível máximo de tolerância na TIG pré-intervenção (i.e. teto), permanecendo com a mão imersa durante 5 minutos, sendo dispensados do restante da pesquisa. Assim, a amostra final que completou o procedimento inteiro consistiu de 56 pessoas.

O experimentador que atuou na coleta de todos os participantes foi o próprio pesquisador, que manteve uma vestimenta semelhante para todas as instâncias da coleta (camisa e calça jeans) e sempre se apresentou como aluno de doutorado em Psicologia Clínica. A uniformização do experimentador se justifica pelo fato de que pesquisas anteriores identificaram um forte efeito de demanda na TIG: a distância entre o experimentador e o participante durante o teste e a escolha das palavras utilizadas no protocolo foram variáveis

que se mostraram relevantes para o grau de tolerância dos participantes na tarefa (Roche, Forsyth & Maher, 2007; von Baeyer, Piira, Chambers, Trapanotto & Zeltzer, 2005).

Também participou um psicólogo aferidor para avaliar a fidelidade do experimentador ao protocolo de intervenção.

5.4.2. Ambiente

Todo o procedimento ocorreu em uma sala de atendimento do Laboratório de Terapia Comportamental (LTC), no Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEIP-USP). A sala de atendimento tem formato retangular e é composta por uma mesa redonda, três cadeiras, um relógio de parede e um espelho unidirecional (não utilizado no presente estudo).

5.4.3. Materiais

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): formulário de consentimento elaborado de acordo com as exigências da resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo A).

- Termo de Responsabilidade do aferidor de fidelidade (TR): formulário assinado pelo aferidor de fidelidade do protocolo no qual ele se compromete a adotar uma postura de acordo com as diretrizes do Código de Ética Profissional do Psicólogo, que inclui, mas não se limita, ao sigilo dos dados (Anexo B).

- Materiais para a realização da TIG: duas bacias de plástico semitransparente retangulares (32cm X 23cm X 10cm); água líquida; gelo em cubos; termômetro analógico de mercúrio à prova de água⁵; toalha.

- Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II): questionário desenvolvido por Bond e colaboradores (2011) com adaptação e validação para a população brasileira (Barbosa & Murta, 2015). Consiste em sete afirmações sobre o papel de eventos privados como barreiras na vida do indivíduo, às quais ele deve assinalar, entre 0 (nunca) e 7 (sempre), a frequência com que se ele sente isso acontecer (Anexo C).

- Escala Tipo Likert de intensidade de dor, na qual os participantes devem assinalar a dor sentida durante a TIG entre 0 (nada doloroso) e 7 (extremamente doloroso) (Anexo D).

⁵ O termômetro de mercúrio sofre alterações a depender da altitude do local de coleta. No caso, a coleta ocorreu em São Paulo, que está a uma altitude média de 760 metros acima do nível do mar.

- Escala Tipo Likert de fidelidade ao protocolo, na qual o aferidor deve assinalar a aderência do experimentador ao protocolo entre 0 (nada fiel) e 7 (extremamente fiel) (Anexo E).

- Gravador de voz embutido no celular Samsung J7.

- Cronômetro embutido no celular Samsung J7.

- Bloco de cartões de 10cm X 10cm.

- *Microsoft Office Excel*: software desenvolvido pela Microsoft para a tabulação de dados e elaboração de gráficos e tabelas.

- Programa *SPSS Statistics* da IBM.

5.4.4. Delineamento

Foi utilizado um delineamento experimental misto entre/intra-grupos (3x2). Os participantes foram alocados em um dos três grupos de acordo com a intervenção: Repetição da Palavra (REP), Carregando cartas (CAR) ou controle (CONT).

As variáveis dependentes mensuradas foram o limiar de dor (tempo entre a imersão da mão e o momento em que o participante começa a sentir dor), a tolerância (tempo entre a imersão e a retirada da mão da água gelada), a persistência (diferença de tempo entre o limiar de dor e a retirada da mão) e a intensidade da dor (escore na escala Tipo Likert). Cada uma destas variáveis foi mensurada em dois momentos distintos: antes e depois da intervenção.

5.4.5. Procedimento

A Figura 15 descreve as etapas adotadas no procedimento. A partir de divulgações na Universidade de São Paulo e na internet, 83 potenciais participantes contactaram o pesquisador por telefone, mensagens de celular ou email para agendar a coleta. Neste contato inicial já foi realizada uma triagem, onde cinco potenciais participantes foram excluídos em função de histórico médico inadequado. Outros três potenciais participantes não compareceram à coleta.

Dos restantes 75, os primeiros 50 participantes foram divididos randomicamente entre os grupos REP e CAR. Os demais 25 participantes foram alocados ao grupo CONT. Tal procedimento foi adotado para maximizar a comparação entre os grupos experimentais caso houvesse problemas no recrutamento, ao garantir um número suficientemente grande de participantes nos grupos REP e CAR para a análise de dados.

Para cada participante, o experimentador seguiu o protocolo previamente elaborado (Anexo F). A adoção de um protocolo tem como função minimizar variações inter-sujeito nos efeitos de demanda, garantindo que o experimentador interaja com cada participante de modo

similar; e maximizar a semelhança entre as intervenções para cada um dos grupos, com vocabulário, duração e tipo de interação parecidos.

No início de cada coleta, o experimentador organizou a sala de atendimento para a realização da pesquisa, anotando a temperatura ambiente; organizando duas cadeiras em lados opostos da mesa; e retirando o relógio da parede, de modo que o sujeito não pudesse marcar o tempo. O experimentador também preparou a TIG, enchendo as duas bacias até a metade com água à temperatura ambiente. Em seguida, ele introduziu gelo em uma das bacias até que a água atingisse uma temperatura entre 2 e 4°C, mensurados pelo termômetro submerso.

Apesar de existirem diferenças na metodologia da Tarefa de Imersão no Gelo (cf. Birnie, Petter, Boerner, Noel & Chambers, 2012), optou-se por adotar um protocolo similar aos descritos em Hayes e colaboradores (1999) e Masedo e Esteve (2007), respeitando-se as diretrizes da Associação Internacional para o Estudo da Dor (Committee on Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, 2005). Esta escolha foi feita em função das recomendações de Masedo e Esteve (2007), que argumentam que o intervalo térmico entre 2 e 4°C é suficientemente frio para causar dor, porém não demasiadamente a ponto de gerar dormência e dor intensa rapidamente, permitindo que os participantes tenham tempo para empregar as estratégias treinadas.

Em seguida, os sujeitos foram convidados a entrar na sala e preencher o TCLE, fornecendo seu consentimento para a realização do experimento e assentindo que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. O não preenchimento do formulário ou a revogação do consentimento em qualquer etapa do procedimento acarretou no término do experimento para aquela pessoa. Todos os participantes assinaram o TCLE e aceitaram ter a voz gravada durante a pesquisa.

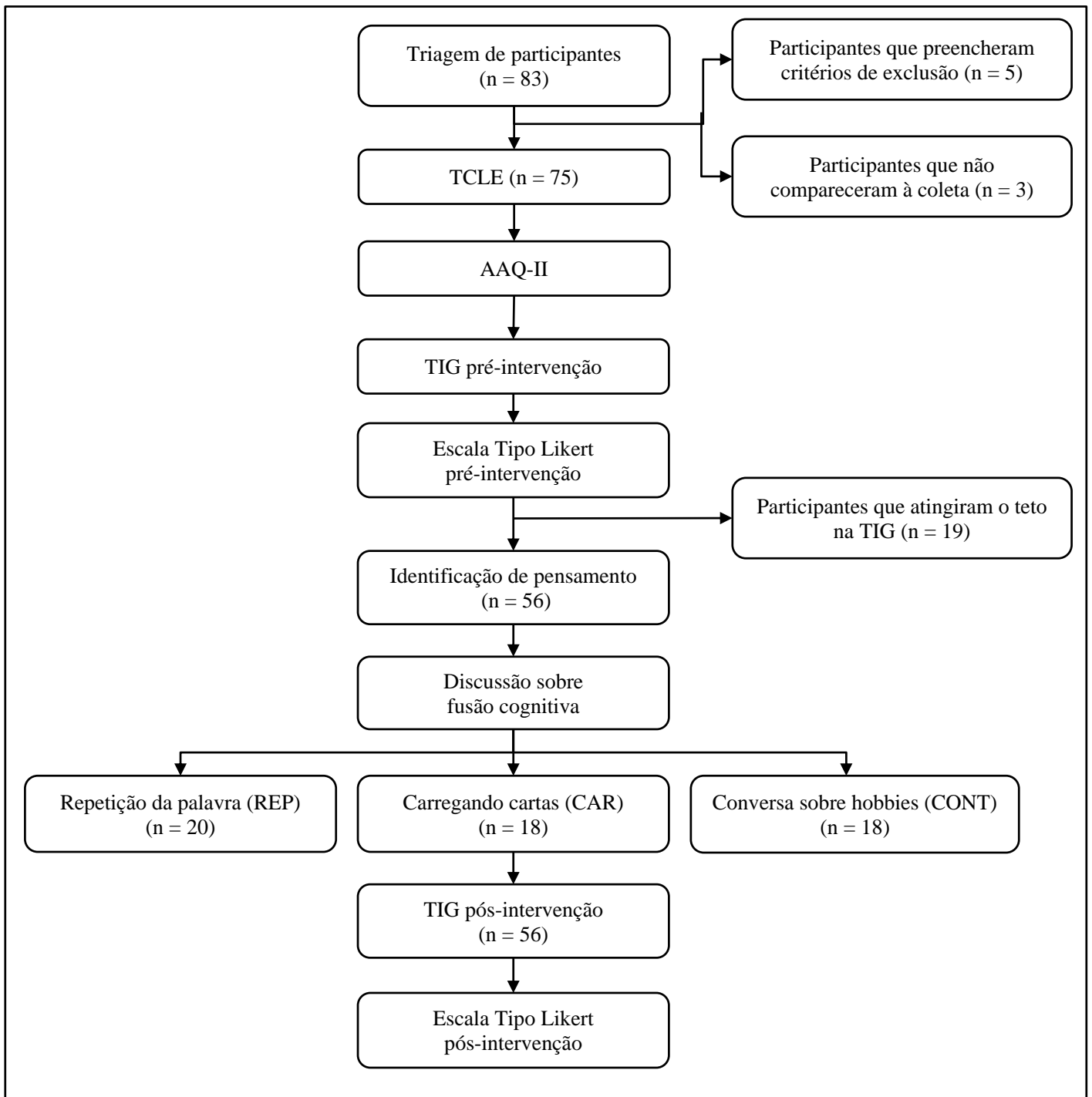


Figura 15. Diagrama das etapas do procedimento do Estudo II.

Então, eles completaram o AAQ-II. Em estudos iniciais, este instrumento tem demonstrado resultados positivos nas medidas de consistência interna, validade e teste-reteste (Bond et al., 2011; Fledderus, Oude, Martijn, ten Klooster & Bohlmeijer, 2012). Porém, outras pesquisas têm criticado o constructo de fato mensurado pelo questionário, questionando sua validade para mensurar flexibilidade psicológica (como advogado pelos proponentes) e identificando-o como mais próximo de uma medida de sofrimento psicológico (Wolgast, 2014;

Tyndall, Waldeck, Pancani, Whelan, Roche & Dawson, 2018) ou afeto negativo (Rocheftort, Baldwin & Chmielewski, 2018). Apesar deste debate, a inclusão do AAQ-II no presente estudo justifica-se por duas razões. Em primeiro lugar, pesquisas prévias demonstraram que os escores na primeira versão do AAQ influenciam significativamente o desempenho na TIG (Feldner, Hekmat, Zvolensky, Vowles, Secrist & Leen-Feldner, 2006; Zettle et al., 2005). Em segundo lugar, tanto o AAQ-II quanto sua primeira versão têm sido utilizados frequentemente em pesquisas sobre a ACT, de modo que sua introdução facilita a comunicação com outros estudos da área.

Após o preenchimento do AAQ-II, os participantes realizaram a TIG pré-intervenção com o objetivo de estabelecer uma linha de base. Para minimizar diferenças individuais e variáveis climáticas, os participantes deviam imergir sua mão não-dominante em uma bacia com água à temperatura ambiente (aproximadamente 20° Celsius) por dois minutos. Em seguida, eles deviam imergir a mesma mão em uma bacia com água gelada e gelo (entre 2 e 4° Celsius, medidos com o termômetro). Os participantes eram instruídos a manter a mão imersa no gelo pelo máximo de tempo que conseguissem; informar quando comesçassem a sentir dor (medida de limiar), e a retirassem a mão quando não conseguissem mais mantê-la na água (medida de tolerância). Durante a TIG, o experimentador minimizou a interação social, não se comunicando com o participante e evitando encará-lo diretamente. No caso dos participantes que mantiveram a mão imersa por cinco minutos, o experimentador solicitou que eles retirassem a mão por terem atingido o teto. Após a tarefa, os participantes indicaram em uma escala Tipo Likert a intensidade da dor sentida durante o procedimento. 19 participantes (5 no grupo REP, 7 no grupo CAR e 7 no grupo CONT) atingiram o teto. Eles foram questionados sobre possíveis estratégias utilizadas para tolerar o desconforto e dispensados das próximas etapas do experimento.

Após as medidas de linha de base, os 56 participantes restantes foram solicitados a relembrar e relatar um ou mais pensamentos que tiveram um pouco antes de retirar a mão da bacia e que estejam relacionados a dor ou fuga. O experimentador assumiu que as respostas de dor e fuga estavam sob controle múltiplo, tanto do estímulo da água gelada quanto do pensamento do indivíduo, de forma que seu comportamento na TIG esteve parcialmente sob regulação verbal. Tal suposição é baseada na literatura de dor, que indica, por meio de estudos neuropsicológicos e psicológicos, que essa experiência é modulada a partir de processos cognitivos e verbais (Bingel & Tracey, 2008; Brown, Seymour, Boyle, El-Deredy & Jones, 2007; Ploghaus, Becerra, Borras & Borsook, 2003), ao ponto de ser inclusive possível produzir

intensa analgesia verbalmente, por meio da hipnose (Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Patterson & Jensen, 2003).

Com base no pensamento relatado pelo participante, o experimentador ofereceu uma breve descrição sobre fusão cognitiva, discutindo de forma colaborativa com o participante a presença do controle verbal no cotidiano e o impacto deste controle sobre o comportamento do cliente, abordando os aspectos positivos e negativos desse fenômeno. Essa introdução teórica foi elaborada com base nos manuais da ACT (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017).

Em seguida, cada participante participou da intervenção relativa ao seu grupo experimental. O grupo REP (20 participantes) foi informado sobre a possibilidade de diminuir o controle verbal por meio da “deliteralização”. Esses participantes se engajaram no exercício *Repetição da palavra*, primeiramente repetindo em voz alta por 30 segundos uma palavra não-relacionada ao experimento (“Cerveja”; cf. Hinton & Gaynor, 2010), e em seguida fazendo o mesmo com o pensamento relatado pelo participante após a TIG. O parâmetro de 30 segundos foi adotado porque ele já foi demonstrado como suficientemente longo para reduzir medidas de desconforto emocional e credibilidade (Masuda et al., 2009). Após o treino e o exercício experiencial, o experimentador apontou a semelhança entre o contexto do exercício e da tarefa de imersão e recomendou que o participante use essa estratégia para responder aos pensamentos que surgirem na segunda TIG e que interfiram com sua realização (i.e., conteúdo de dor ou fuga).

Já o grupo CAR (18 participantes) foi introduzido à possibilidade de reduzir o controle verbal por meio da possibilidade de agir de modo incongruente com o conteúdo de seus próprios pensamentos e participou do exercício *Carregando cartas*. Os participantes desse grupo foram instruídos a escrever o pensamento que relataram após a TIG em um pequeno cartão, dobrá-lo e colocá-lo no bolso. Junto com este, eles colocaram, sem ver seu conteúdo, outro cartão no bolso fornecido pelo experimentador com a frase “Eu não consigo andar”. Em seguida, os participantes foram instruídos a caminhar pela sala por 30 segundos e depois abrir ambos os papéis. Após ler ambos em voz alta, solicitou-se que eles caminhassem novamente por 30 segundos. Então, o experimentador salientou a semelhança entre o contexto do exercício e do teste de imersão, e recomendou que eles lembrassem da possibilidade de “carregar pensamentos” enquanto age de forma incongruente com o conteúdo de seus pensamentos na próxima execução da TIG.

Por fim, o grupo CONT (18 participantes) não foi informado sobre nenhuma estratégia para diminuir o impacto do controle verbal, e apenas se engajou em uma conversa com o experimentador sobre um tema não relacionado à situação experimental: hobbies pessoais.

Dessa forma, garantiu-se que o grupo controle também tenha passado por um tempo similar de interação pessoal com o experimentador, equiparando a possível pressão social que esse tempo de contato poderia exercer sobre os resultados devido à sensibilidade da TIG à demanda do experimentador (cf. Roche, Forsyth & Maher, 2007; von Baeyer, Piira et al., 2005).

Após as intervenções, os sujeitos dos três grupos realizaram novamente a TIG e preencheram uma segunda escala Tipo Likert de intensidade da dor. Por fim, o experimentador perguntou aos participantes como foi a realização da tarefa e, para os grupos REP e CAR, se eles conseguiram utilizar a estratégia treinada.

5.4.6. Análise de dados

Em primeiro lugar, foram sorteadas aleatoriamente as gravações de áudio de cinco participantes de cada grupo, totalizando quinze gravações (20% do total) que foram enviadas para um aferidor avaliar a fidelidade do experimentador ao protocolo através da escala Tipo Likert de fidelidade.

Para cada participante foi calculada a diferença da intensidade de dor e da tolerância entre as TIG pré- e pós-intervenção em termos de valores absolutos e porcentagem, com exceção daqueles que atingiram o teto na TIG pré-intervenção e não foram inseridas na análise. As diferenças da intensidade de dor e tolerância em termos absolutos foram consideradas as medidas de desfecho com o intuito de utilizar dados que tivessem passado pelo menor número de transformações aritméticas possíveis. Como muitos participantes esquecerem de informar o limiar de dor durante a TIG, a variável de persistência foi descartada de análises subsequentes em decorrência da falta de dados.

Inicialmente, um conjunto de análises preliminares foram feitas. Para todas elas foi utilizado o valor alpha de 0,05. Em primeiro lugar, uma ANOVA simples foi feita para determinar se os grupos eram homogêneos entre si nas variáveis idade, escore na AAQ-II, temperatura ambiente, tolerância e dor na TIG pré-intervenção. Em segundo lugar, o teste de Shapiro-Wilk foi realizado para determinar se os participantes apresentavam uma distribuição de curva normal nas variáveis de dor e tolerância pré-intervenção. Uma vez que a hipótese de normalidade não foi satisfeita, os dados passaram por uma transformação logarítmica de base 10 e analisados novamente em termos de normalidade. Satisfazendo as condições de homogeneidade e normalidade, os grupos poderiam ser mais facilmente comparados e testes paramétricos poderiam ser adotados.

Na sequência foram conduzidas análises comparativas entre os grupos em relação às medidas de desfecho. Em primeiro lugar, isso envolveu a realização de estatísticas descritivas

de tendência central e variância. Em segundo lugar, uma ANOVA mista 3x2 com as variáveis grupo (REP, CAR ou CONT) e tempo (pré e pós-intervenção) foi empregada com os dados transformados a partir do logaritmo de base 10.

Usando os dados brutos, o coeficiente de correlação de Spearman (r_s) foi empregado para avaliar as possíveis correlações entre ambas as medidas de desfecho (diferença de intensidade de dor e tolerância) e escores na AAQ-II, idade, temperatura ambiente, dor na TIG pré-intervenção e tolerância na TIG pré-intervenção, além da correlação entre a dor e a tolerância na TIG pré-intervenção. Havendo correlações estatisticamente significativas entre as medidas de desfecho e as possíveis variáveis intervenientes (AAQ-II, temperatura ambiente e idade), seriam utilizadas análises ANCOVA para refinar a ANOVA previamente feita.

Ao observar uma grande variabilidade na estatística descritiva, optou-se por realizar uma análise intra-individual e dividir os três grupos em dois subgrupos cada: os respondedores (definidos por redução de pelo menos um ponto na intensidade de dor e/ou aumento de pelo menos 45 segundos de tolerância) e os não-respondedores. Entretanto, o baixo número de participantes em cada subgrupo impediu a análises estatísticas deles, somente qualitativas.

Por fim, os pensamentos relatados pelos participantes durante a TIG pré-intervenção foram classificados qualitativamente de acordo com o seu tema em quatro categorias: dor, fuga, combinação de dor e fuga, auto-eficácia e medo. Novamente, o baixo número de participantes em cada subgrupo não permitiu análises estatísticas, somente qualitativas

Todas as análises estatísticas foram feitas por meio do software SPSS.

5.5. Aspectos éticos

O estudo teve como alicerce norteador os princípios e diretrizes do Código de Ética Profissional do Psicólogo do Conselho Federal de Psicologia e a resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Portanto, a participação dos sujeitos foi voluntária e seu consentimento poderia ser retirado a qualquer momento. Esses princípios são ainda mais relevantes no presente estudo uma vez que ele envolve uma tarefa de conflito com aversividade, implicando desconforto inerente.

Porém, como mencionado acima, a TIG tem sido amplamente utilizada em estudos de estimulação aversiva (Edens & Gil, 1995; Graven-Nielsen et al., 2001) e eticamente aprovada por experimentadores e participantes (Birnie et al., 2011). A adoção das recomendações da Associação Internacional para o Estudo da Dor (Committee on Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, 2005), incluindo a temperatura da água gelada, o tempo máximo de imersão e o controle pelo próprio participante de quando retirar a mão da

água, contribuiu para garantir a segurança e o bem-estar dos sujeitos que participarem da pesquisa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número de processo CAAE 59240416.1.0000.5561.

5.6. Resultados

5.6.1. Aferição de fidelidade

As gravações de áudio de 20% das sessões de cada grupo foram enviadas para um aferidor externo para avaliar a fidelidade do experimentador do protocolo. O aferidor escutou 5 gravações de cada um dos grupos (15 no total) e avaliou a fidelidade de cada uma em uma escala Tipo Likert de entre 0 e 7 pontos. A média obtida foi de 6,73 pontos, indicando que o experimentador seguiu o protocolo elaborado com grande fidelidade, permitindo análises válidas do efeito de cada procedimento no comportamento dos participantes.

5.6.2. Escores brutos de tolerância e dor

A Tabela 2 apresenta os resultados de cada um dos 75 participantes em relação à tolerância e à dor na TIG pré-intervenção, na TIG pós intervenção e na diferença entre ambas, seja em termos absolutos ou relativos ao desempenho inicial.

Tabela 2

Tolerância e dor dos participantes na TIG pré-intervenção, pós-intervenção e diferença entre ambas em termos absolutos e relativos.

Participante		TIG pré-intervenção		TIG pós-intervenção		Diferença TIG pós-pré			
Número	Grupo	Tolerância	Dor	Tolerância	Dor	Tolerância absoluta	Dor absoluta	Tolerância relativa	Dor relativa
1	REP	37	5	46	5	0	0	24,32%	0%
2	CAR	52	4	300	0	248	-4	476,92%	-100%
3	REP	32	5	44	4	12	-1	37,50%	-20%
4	CAR	300	2	X	X	X	X	X	X
5	REP	52	4	195	3	143	-1	275,00%	-25%
6	REP	30	5	83	3	53	-2	176,67%	-40%
7	CAR	24	7	58	6	34	-1	141,67%	-14%
8	CAR	12	4	32	6	20	2	166,67%	50%
9	REP	48	7	48	7	0	0	0,00%	0%
10	REP	30	5	300	3	270	-2	900,00%	-40%

11	REP	300	4	X	X	X	X	X	X
12	CAR	80	5	230	6	150	1	187,50%	20%
13	CAR	40	7	63	6	23	-1	57,50%	-14%
14	REP	184	6	300	5	116	-1	63,04%	-17%
15	CAR	25	5	42	5	17	0	68,00%	0%
16	REP	300	5	X	X	X	X	X	X
17	CAR	300	6	X	X	X	X	X	X
18	CAR	13	4	17	5	4	1	30,77%	25%
19	CAR	171	4	300	2	129	-2	75,44%	-50%
20	REP	28	7	31	6	3	-1	10,71%	-14%
21	REP	31	7	29	7	-2	0	-6,45%	0%
22	REP	300	3	X	X	X	X	X	X
23	CAR	300	3	X	X	X	X	X	X
24	CAR	300	5	X	X	X	X	X	X
25	CAR	35	6	124	5	89	-1	254,29%	-17%
26	CAR	300	4	X	X	X	X	X	X
27	REP	35	6	72	4	37	-2	105,71%	-33%
28	REP	300	4	X	X	X	X	X	X
29	REP	23	4	30	4	3	0	13,04%	0%
30	CAR	75	5	166	3	91	-2	121,33%	-40%
31	REP	300	1	X	X	X	X	X	X
32	REP	5	6	13	5	8	1	160,00%	17%
33	CAR	300	2	X	X	X	X	X	X
34	CAR	300	3	X	X	X	X	X	X
35	REP	237	4	300	2	63	-2	26,58%	-50%
36	CAR	36	3	140	5	104	-2	288,89%	-67%
37	REP	41	6	124	6	83	0	202,44%	0%
38	REP	47	6	210	6	163	0	346,81%	0%
39	CAR	50	6	13	3	-37	-3	-74,00%	-50%
40	REP	27	7	144	5	117	-2	433,33%	-29%
41	CAR	26	6	39	5	13	-1	50,00%	-17%
42	REP	24	5	55	3	31	-2	129,17%	-40%
43	REP	23	5	76	6	53	1	230,43%	20%
44	CAR	24	4	29	3	5	-1	20,83%	-25%
45	REP	75	5	220	4	145	-1	193,33%	-20%
46	REP	36	5	188	3	152	-2	422,22%	-40%
47	CAR	39	6	52	6	13	0	33,33%	0%
48	CAR	30	6	75	7	45	1	150,00%	17%
49	CAR	210	2	270	5	60	3	28,57%	150%
50	CAR	44	4	300	4	256	0	581,82%	0%
51	CONT	300	6	X	X	X	X	X	X
52	CONT	56	5	79	4	23	-1	41,07%	-20%
53	CONT	300	4	X	X	X	X	X	X

54	CONT	300	5	X	X	X	X	X	X
55	CONT	28	7	30	6	2	-1	7,14%	-14%
56	CONT	52	4	44	3	-8	-1	-15,38%	-25%
57	CONT	300	3	X	X	X	X	X	X
58	CONT	18	4	30	5	12	1	66,67%	25%
59	CONT	28	5	17	4	-11	-1	-39,29%	-20%
60	CONT	300	3	X	X	X	X	X	X
61	CONT	300	4	X	X	X	X	X	X
62	CONT	268	4	290	5	22	1	8,21%	25%
63	CONT	31	4	180	5	149	1	480,65%	25%
64	CONT	25	6	21	4	-4	-2	-16,00%	-33%
65	CONT	75	5	275	1	200	-4	266,67%	-80%
66	CONT	25	7	44	5	19	-2	76,00%	-29%
67	CONT	20	4	25	5	5	1	25,00%	25%
68	CONT	300	3	X	X	X	X	X	X
69	CONT	17	4	21	2	4	-2	23,53%	-50%
70	CONT	9	4	15	5	6	1	66,67%	25%
71	CONT	28	5	90	3	62	-2	221,43%	-40%
72	CONT	13	5	13	4	0	-1	0,00%	-20%
73	CONT	17	5	28	6	11	1	64,71%	20%
74	CONT	13	6	16	5	3	-1	23,08%	-17%
75	CONT	31	5	40	5	9	0	29%	0

Nota. As células da tabela assinaladas com X se referem a dados não coletados em função dos participantes terem atingido o teto na TIG pré-intervenção.

5.6.3. Análises preliminares

O primeiro conjunto de análises preliminares buscou avaliar se os três grupos eram relativamente homogêneos entre si nos quesitos gênero, idade, escores no AAQ-II, temperatura ambiente e tolerância e dor na TIG pré-intervenção. Para isso, foi conduzida uma análise ANOVA simples com essas variáveis (com exceção do gênero por não ser uma variável numérica). A Tabela 3 apresenta os resultados.

Tabela 3

ANOVA de homogeneidade entre os grupos no tempo pré-intervenção

	REP		CAR		CONT		Z	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Gênero	6M/14F		7M/11F		6M/12F			
Idade	25,4	1,44	27,72	2,06	28,67	1,84	0,919	0,405
AAQ-II	29,35	1,86	32,72	1,89	28,5	1,4	1,598	0,212
Temperatura	21,45	0,52	20,94	0,88	21,17	1,31	0,075	0,928
Tolerância pré	52,25	12,65	54,78	12,5	41,89	13,88	0,268	0,766
Dor pré	5,5	0,22	4,89	0,32	4,94	0,24	1,723	0,188

Nota. M = masculino; F = Feminino; DP = desvio padrão

Em relação ao gênero, todos os grupos tiveram preponderância de mulheres, com um número similar de homens em cada grupo (6 nos grupos REP e CONT e 7 no grupo CAR). O número maior de mulheres no grupo REP a despeito do mesmo número de homens é decorrente do fato de que somente 5 participantes dessa condição atingiram o teto, enquanto 7 participantes dos outros dois grupos fizeram o mesmo e foram, portanto, excluídos das análises.

As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre si ($p > 0,05$) de modo que os grupos podem ser considerados homogêneos entre si. Ainda assim, é interessante notar alguns dados das estatísticas descritivas. Os escores médios do AAQ-II são um pouco maiores no grupo CAR. Ademais, a média da tolerância pré-intervenção é um pouco maior no grupo CAR do que no grupo REP e ambos são relativamente maiores do que o grupo CONT. Além disso, a dor pré-intervenção é um pouco mais elevada no grupo REP do que nos outros dois.

Os resultados positivos em relação à homogeneidade entre os grupos em todas as variáveis analisadas indica que eles podem ser comparados estatisticamente por meio da ANOVA sem que variações dentro de uma ou mais dessas variáveis atuem como confundidoras dos resultados.

O segundo conjunto de análises preliminares buscou avaliar a normalidade dos dados da tolerância e da dor pré-intervenção por meio do teste de Shapiro-Wilk. Como a hipótese de normalidade foi violada em relação à variável de tolerância pré-intervenção, os dados foram transformados por meio do logaritmo de base 10. Após esta transformação, os dados atingiram demonstraram uma tendência à normalidade.

5.6.4. Comparação das medidas de desfecho entre os grupos

Na Tabela 4, os dados intra-individuais expostos acima se encontram agrupados em termos de média e desvio padrão para cada grupo experimental.

Tabela 4

Estatística descritiva de tolerância e dor pré e pós-intervenção para cada grupo experimental

Grupo	Tolerância				Dor			
	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
REP	52,25	12,65	125,4	22,22	5,5	0,22	4,55	0,33
CAR	54,78	12,5	125	25,46	4,89	0,32	4,56	0,41
CONT	41,89	13,88	68,89	20,54	4,94	0,24	4,28	0,31

Nota. DP = desvio padrão

As Figuras 16 e 17 trazem uma descrição visual desses dados, apresentando as médias de tolerância e dor com barras de erro em cada grupo para os tempos pré e pós-intervenção.

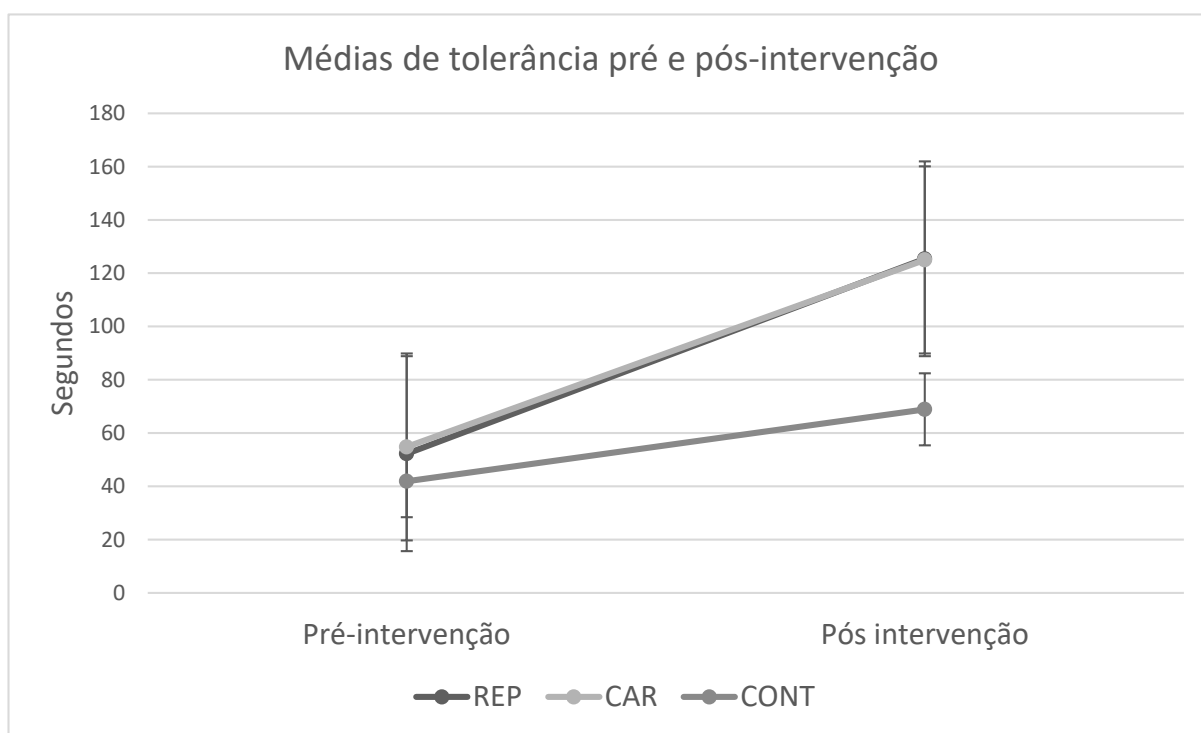


Figura 16. Médias de tolerância com erro padrão dos grupos nos momentos pré e pós-intervenção.

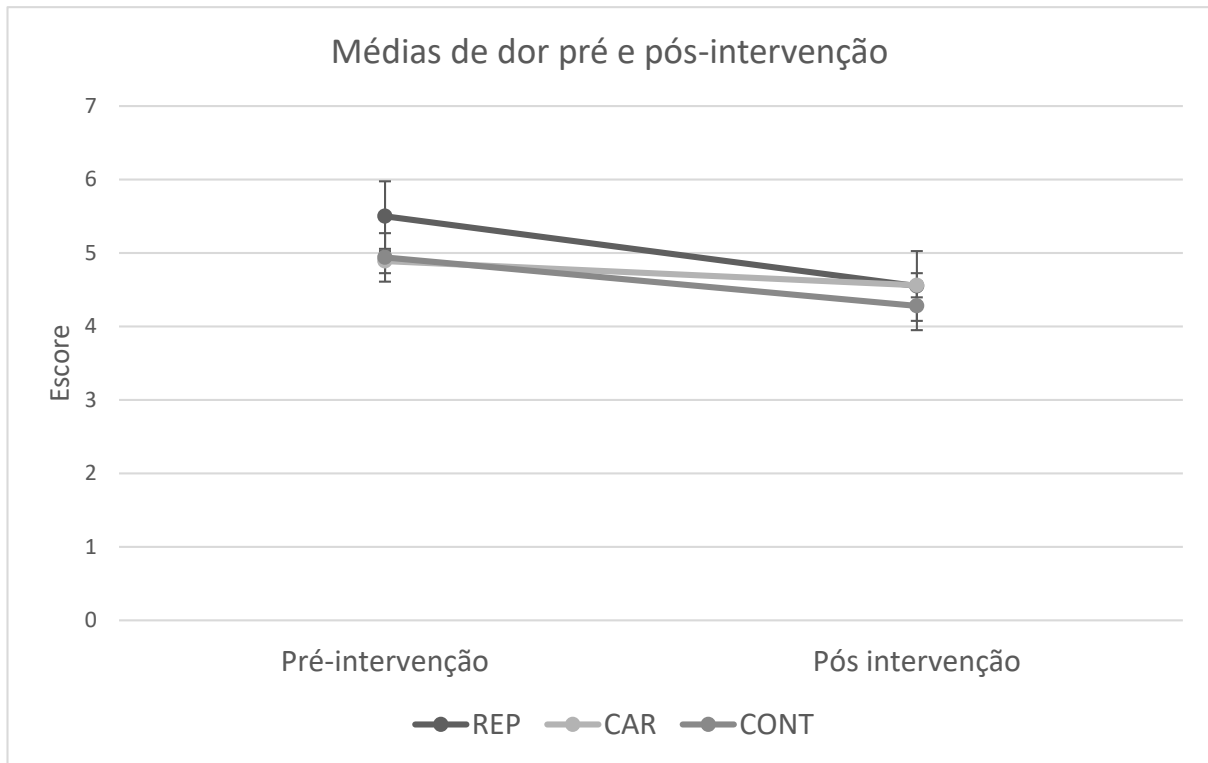


Figura 17. Médias de dor com erro padrão dos grupos nos momentos pré e pós-intervenção.

Em conjunto, os dados da Tabela 4 e Figuras 16 e 17 indicam que todos os grupos inicialmente possuíam dados muito similares em termos de dor e tolerância. Todos os grupos tiveram um aumento na tolerância entre os momentos pré e pós-intervenção. Entretanto, este aumento foi maior para os grupos REP e CAR, atingindo valores muito próximos (125,4 e 125 respectivamente) e diferentes do grupo CONT (68,89). As barras de erros são altas especialmente nos grupos REP e CAR, mas não chegam a fazer intersecção com a barra de erro do grupo CONT no momento pós-intervenção. Houve um aumento no desvio padrão do momento pré-intervenção para pós-intervenção, sugerindo que houve um incremento na variabilidade entre os participantes de cada grupo.

Já em relação à dor, todos os grupos tiveram uma leve redução, atingindo escores muito similares no pós-intervenção: 4,55, 4,56 e 4,28 para os grupos REP, CAR e CONT respectivamente. Neste caso, as barras de erro e o desvio padrão são menores, sugerindo menor variabilidade.

Os dados da ANOVA mista 3x2 comparando as medidas de tolerância e dor entre os três grupos e nos dois momentos de tempo (pré e pós-intervenção) é apresentada na sequência, na Tabela 5.

Tabela 5

ANOVA mista 3x2 para a tolerância e para dor entre os grupos nos momentos pós e pré-intervenção

Variável	Análise	F	p	n ² parcial
Tolerância	Tempo	54,911	<0,001	0,509
	Tempo x Grupo	2,581	0,09	0,087
	Grupo			
Dor	Tempo	8,820	0,004	0,145
	Tempo x Grupo	1,468	0,24	0,053
	Grupo			

Considerando o valor alpha como $p < 0,05$, os dados da ANOVA sugerem que na variável tolerância houve um efeito significativo de tempo ($p < 0,001$), com este sendo responsável por explicar uma boa parcela da variância ($n^2 = 0,509$). Já a interação tempo x grupo não se mostrou estatisticamente significativa. Em relação à variável dor, também houve um efeito de tempo estatisticamente significativo ($p = 0,004$), porém com efeito menos importante do que a tolerância ($n^2 = 0,145$). Assim como no caso da tolerância, a interação entre tempo e grupo para dor não se mostrou estatisticamente significativa.

5.6.5. Correlações com medidas de desfecho

Para cada participante, as duas medidas de desfecho (diferença de dor e tolerância na TIG pós e pré-intervenção) foram correlacionadas com diferentes variáveis mensuradas (idade, escore na AAQ-II, temperatura ambiente, dor e tolerância na TIG pré-intervenção) por meio do coeficiente de correlação de Spearman (r_s).

Como apontado na Tabela 6, somente uma correlação foi estatisticamente significativa: entre tolerância pré-intervenção e diferença de tolerância pós e pré intervenção ($r_s = 0,472$; $p < 0,001$). A correlação positiva indica que quanto maior a tolerância na TIG pré-intervenção, maior o incremento em tolerância na TIG seguinte.

Tabela 6

Análise correlacional entre variáveis individuais e medidas de desfecho

Tolerância Pré	Dor Pré	Tolerância Pós-pré	Dor Pós-pré
----------------	---------	--------------------	-------------

	rô	p	rô	p	rô	p	rô	p
Idade	-0,043	0,752	0,086	0,530	-0,157	0,247	0,034	0,804
AAQ-II	-0,027	0,843	-0,003	0,982	-0,181	0,181	0,125	0,357
Temperatura	-0,165	0,223	0,218	0,107	-0,160	0,240	-0,103	0,450
Tolerância pré	1,000	*	-0,063	0,646	0,472	p<0,001	-0,233	0,084
Dor pré	-0,063	0,646	1	*	-0,172	0,205	-0,172	0,206

Como nenhuma das possíveis variáveis intervenientes (idade, AAQ-II e temperatura) apresentou correlação estatisticamente significativa, não foram feitas análises ANCOVA na comparação das medidas de desfecho entre os grupos utilizando algumas delas como covariáveis.

5.6.6. Análise intra-individual

Em função dos altos desvios padrões na diferença de tolerância e dor na TIG pós e pré-intervenção para os grupos REP e CAR, os escores brutos de cada participante foram analisados individualmente na tentativa de identificar diferenças significativas entre os participantes dentro da mesma condição experimental.

Foi utilizado como critério para caracterizar uma mudança significativa um aumento na tolerância de pelo menos 45 segundos ou uma redução em pelo menos um ponto na escala. No total, 23 dos 56 participantes que completaram a TIG pós-intervenção tiveram uma mudança significativa de tolerância, sendo 11 no grupo REP, 9 no grupo CAR e 3 no grupo CONT. Já em relação à dor, 33 participantes tiveram mudanças significativas, sendo 12 do grupo REP, 10 do grupo CAR e 11 do grupo CONT. Por fim, 13 participantes tiveram mudanças significativas nas medidas de tolerância e dor, sendo destes 6 do grupo REP, 5 do grupo CAR e 2 do grupo CONT (Tabela 7).

Tabela 7

Proporção de participantes com mudanças significativas em dor e tolerância após intervenção

Grupo	Mudança significativa de tolerância	Mudança significativa de dor	Mudança significativa em ambos
REP	11/20	12/20	6/20
CAR	9/18	10/18	5/18
CONT	3/18	11/18	2/18
Total	23/56	33/56	13/56

5.6.7. Relatos dos participantes da experiência na TIG pré-intervenção

Considerando somente os participantes que não atingiram o teto na TIG pré-intervenção, os pensamentos experienciados por eles durante a tarefa e relatados na sequência foram divididos em cinco sub-grupos em função do seu tema: dor, fuga, combinação de dor e fuga, auto-eficácia e medo. Pensamentos de dor se referem aos efeitos fisiológicos da água gelada no corpo, como “Está doendo muito” (P9). Já pensamentos de fuga expressam a vontade de retirar a mão, como “Vou tirar logo” (P32). Alguns participantes relataram uma combinação de ambos, como “Está incomodando, vou tirar logo” (P12). Outros participantes relataram ter pensamentos a respeito de sua capacidade de permanecer com a mão imersa e até auto-julgamentos negativos, como “Sou fraca, não consigo ficar mais que isso” (P19). Por fim, alguns participantes pensaram a respeito de possíveis consequências aversivas se permanecessem com a mão imersa por mais tempo, como “Esta mão pode ficar congelada” (P62).

Como é possível observar na Tabela 8, as categorias mais frequentes foram as de dor (17 participantes), fuga (15) e auto-eficácia (15). A combinação de dor e fuga (3) e medo (6) foram bem menos frequentes. Este padrão foi consistente para todos os grupos.

Tabela 8

Frequência de categorias dos pensamentos relatados durante a TIG pré-intervenção

Categoria de pensamentos	REP	CAR	CONT	Total
Dor	7	6	4	17
Fuga	6	4	5	15
Dor e fuga	0	2	1	3
Auto-eficácia	6	4	5	15
Medo	1	2	3	6

Como frequentemente os participantes que atingiram o teto na TIG pré-intervenção não conseguiam relatar um pensamento específico relacionado à tarefa, eles foram excluídos da presente análise. Porém, foram analisados os seus relatos a respeito de possíveis estratégias espontaneamente utilizadas para permanecer com a mão imersa por cinco minutos.

Foram identificados cinco tipos de reações dos participantes que contribuíram para a alta tolerância: distração (12 participantes), atenção e curiosidade aos efeitos do gelo na mão (4), aquiescência ao experimentador (3), lembrança de situações de superação de desconforto

físico (3) e conhecimento prévio do processo de habituação ao frio (3). Alguns participantes relataram ter adotado mais do que uma estratégia.

5.7. Discussão

5.7.1. Efetividade dos procedimentos e comparação entre grupos

Para avaliar a efetividade dos procedimentos e as possíveis diferenças entre estes, deve-se levar em consideração as estatísticas descritivas (Tabela 4, Figuras 16 e 17), a ANOVA (Tabela 5) e análise intra-individual de respondedores e não-respondedores (Tabela 7). Tais análises podem ser feitas com maior confiança uma vez que os grupos eram homogêneos nas variáveis mensuradas e analisadas e possíveis variáveis intervenientes como escores no AAQ-II, temperatura e idade não tiveram correlações estatisticamente significantes com as medidas de desfecho.

As estatísticas descritivas indicam que os participantes dos grupos REP e CAR tiveram, em média, um aumento na tolerância à TIG do período pré para o período pós-intervenção e que tal aumento foi maior do que aquele para o grupo CONT, mas semelhante entre eles. Este resultado é corroborado pela análise qualitativa de que cerca de metade dos participantes dos grupos REP e CAR teve mudanças significativas em termos de tolerância, conseguindo permanecer pelo menos 45 segundos a mais na TIG pós-intervenção do que haviam conseguido na primeira tentativa. Enquanto isso, somente 3 participantes do grupo CONT tiveram melhora parecida.

Em relação à dor, as estatísticas descritivas mostram que houve uma leve queda nesta medida entre a TIG pré e pós-intervenção. Porém, tal mudança foi muito semelhante para os três grupos. Isto é corroborado pela análise qualitativa, na qual foi avaliado que cerca de metade dos participantes de cada grupo teve uma redução de um ou mais pontos na escala tipo Likert de dor.

Os dados da ANOVA indicam que o aumento da tolerância e a redução de dor foram estatisticamente significantes. Porém, isso é válido somente considerando a variável tempo, isto é, os participantes tenderam a ter menos dor e maior tolerância na segunda vez que participaram da TIG. Ao considerar a interação tempo-grupo, não houve mudanças estatisticamente significantes.

Uma possível interpretação para a falta de significância estatística é o baixo número de participantes. A amostra inicial poderia ser adequada para fazer estas comparações, mas com a perda de participantes em função do teto na TIG pré-intervenção, o número pode ter sido insuficiente. Assim, deve-se ter cautela ao interpretar e generalizar estes dados.

Porém, é interessante notar como diferentemente de outros estudos que utilizaram o exercício *Repetição da palavra*, este não parece ter tido um efeito substancial sobre o desconforto (Barrera et al., 2016; Deacon et al., 2011; De Young et al., 2010; Keogh, 2008; Mandavia et al., 2015; Maisel et al., 2019; Masuda et al., 2004; 2009; 2010a; 2010b; Ritzert et al., 2015; Tyndall et al., 2017; Watson, Burley & Purdon, 2010). Uma possível explicação para isso é que, em geral, estes outros estudos avaliaram o desconforto em relação a um pensamento específico na ausência de estimulação aversiva externa, diferentemente da TIG. Os dados obtidos aqui parecem se alinhar mais com os obtidos com o exercício *Carregar cartas* em um contexto de estimulação aversiva, marcados por mudanças substanciais no repertório de fuga/esquiva, mas não da dor sentida (Gutiérrez et al., 2004; Luciano et al., 2014; McMullen et al., 2008). O que é o resultado clínico que de fato é almejado pelo modelo da ACT: continuar a se engajar em ações congruentes com seus valores a despeito de eventos privados aversivos.

5.7.2. Variabilidade entre participantes

Um dos dados que chamam a atenção no presente estudo é a variabilidade existente entre os participantes. Em primeiro lugar, os dados da TIG pré-intervenção apontam que houve uma variabilidade enorme em termos de quanto os participantes permaneceram em contato com a estimulação aversiva (com valores mínimos e máximos de 5 e 300 segundos) e o quanto eles experienciaram de dor (com valores mínimos e máximos de 1 e 7 pontos).

Em segundo lugar, as análises intra-individuais mostram que os participantes tiveram uma variabilidade gritante ao se comparar o seu desempenho na TIG pré e pós-intervenção. Em relação à tolerância, os valores absolutos mínimo e máximo foram de 0 e 256 segundos a mais; e os valores relativos foram entre 0 e 900%. Já em relação à dor, os valores absolutos mínimo e máximo foram de 0 e 4 pontos; e os valores relativos alternaram entre 0 e 150%.

Tal variabilidade não pode ser explicada pelo alocamento a grupos experimentais diferentes, uma vez que ela já está presente antes da intervenção e é observada dentro de cada grupo, com participantes em um mesmo grupo tendo mudanças muito significantes e outros não experienciando melhora alguma (e até piora nos resultados, em alguns casos). Ademais, estes resultados não são exclusivos deste estudo e outras pesquisas análogas que utilizaram a TIG e apresentaram os resultados de variabilidade entre participantes apontam para o mesmo cenário (e.g., Criollo, Díaz-Muelle, Ruiz & García-Martín, 2018; Sierra, Ruiz, Flórez, Hernández & Luciano, 2016).

Algumas hipóteses podem ser levantadas a respeito das fontes de variabilidade inter-sujeito. Outras pesquisas encontraram que escores no AAQ-II correlacionavam com o

desempenho na TIG (Feldner et al., 2006; Zettle et al., 2005), porém tal correlação não foi encontrada no presente estudo. Outra possibilidade seria o gênero dos participantes, uma vez que estudos anteriores obtiveram diferenças importantes ao considerar esta variável (e.g., Keogh, Bond, Hanmer & Tilston, 2005), especialmente levando em consideração a dinâmica com o experimentador (e.g., Robinson, Gagnon, Riley III & Price, 2003). Uma terceira variável relevante é o uso espontâneo de estratégias de regulação pelos participantes. Ao serem questionados, muitos dos participantes que atingiram o teto relataram ter utilizado distração ou atenção plena para permanecer com a mão imersa. Apesar de distração ser uma estratégia de esquiva experiencial e, muitas vezes interpretada por terapeutas ACT como um problema, é importante ter um olhar mais contextual para essa estratégia (Aldao, 2013). No caso da TIG, é o participante se encontra em uma situação aversiva, porém com um prazo para ser encerrada e que não requer que ele faça nada além de sentar com a mão na bacia (inclusive o protocolo vetava interagir com o experimentador). Por curtos períodos de tempo em momentos intensos nos quais a esquiva experiencial não interfere com outras atividades, ela pode ser uma estratégia válida e muito útil.

A experiência qualitativa do experimentador somada ao relato dos participantes ao final da coleta apontam para outras possíveis variáveis relevantes. Dentre elas se destacam o sofrimento psicológico dos participantes no momento em função de elementos externos à pesquisa e o padrão de aquiescência deles em interações sociais. Na avaliação do experimentador, um psicólogo clínico com experiência em atendimentos, alguns participantes apresentaram claros sinais de intenso sofrimento psicológico (inclusive perguntando ao experimentador sobre a possibilidade de fazer terapia com ele ou ser encaminhado) e, nestes casos, costumavam ter uma tolerância baixa e dor alta em ambas as TIGs. Outros participantes demonstraram estar sob forte controle da pessoa do experimentador, inclusive deixando explícito que queriam muito ajudá-lo e não “estragar a pesquisa”, apesar da brevidade do encontro. Quando isso acontecia, a tolerância tendia a ser alta nas duas imersões.

5.7.6. Limitações e direções de pesquisas futuras

É importante constatar que o presente estudo possui limitações de diversas naturezas. Ainda que muitas delas não sejam exclusivas dele, mas reflitam questões da área de investigação como um todo, é importante ressaltá-las para que futuras pesquisas as levem em consideração, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimento mais robusto, coerente entre si e que permitam maiores generalizações a partir dos dados obtidos.

Em primeiro lugar, a amostra final de 75 participantes não é ideal para a realização de análises estatísticas com maior poder de efeito, especialmente considerando que as intervenções empregadas são breves e possuem certa similaridade. A amostra obtida se encontra dentro dos parâmetros de outros estudos que comparam intervenções breves para promoção de desfusão cognitiva (e.g., Barrera et al., 2016; Gutiérrez et al., 2004; Tyndall et al., 2017) e que investigaram o efeito de componentes da ACT por meio do desempenho na TIG (Hayes et al., 1999). Porém, isso não significa que não se deva buscar ampliar a amostra.

Um segundo ponto relevante é que a maioria dos participantes eram estudantes universitários. Como já ressaltado por outros autores (cf. Henrich, Heine & Norenzayan, 2010), essa é uma população bastante particular. De modo que os resultados obtidos aqui devem ser interpretados com cautela ao serem generalizados para a população de forma mais ampla, especialmente aquelas de culturas e condições sócio-econômicas distintas.

Em relação ao procedimento, algumas mudanças poderiam ser feitas de modo a maximizar a validade interna dos dados. O uso de bacias de água à temperatura ambiente e água gelada é aceitável, porém está sujeita a variações de temperatura inter- e intra-sujeitos. Ainda que o termômetro tenha sido utilizado para garantir que a temperatura permanecesse em um intervalo específico (entre 2 e 4°C) e o procedimento seja breve, minimizando possíveis mudanças de temperatura durante a coleta (cerca de meia hora), o uso de um aparelho de circulação de água garantiria um controle melhor sobre essas variáveis, como empregado em outros estudos (e.g., Criollo et al., 2018; Sierra et al., 2016).

Ademais, o uso de uma escala Tipo Likert de intensidade de dor é uma medida de autorrelato e, portanto, passível a vieses decorrente do múltiplo controle do comportamento verbal. O uso de aparelhos para medição de variações fisiológicas (como condutância da pele) poderia fornecer dados que excluem os vieses decorrentes do autorrelato. Porém, a dificuldade de obter estabilidade de linha de base nessas respostas muito sensíveis ainda torna o seu uso um desafio. Além disso, o uso do aparelho de circulação de água e do medidor de condutância na pele tornam a pesquisa mais complicada do ponto de vista operacional e financeiro.

Continuando, a TIG apresenta uma situação de conflito ao participante, que deve constantemente escolher permanecer ou fugir da tarefa. Mas, enquanto as consequências para fugir da tarefa são claras (e.g., eliminação da estimulação aversiva do frio), as consequências para permanecer não são tanto. É possível hipotetizar que elas estejam mais relacionadas ao controle social do experimentador, sendo uma instância de aquiescência. A definição de consequências possivelmente reforçadoras para permanecer na tarefa (e.g., pontos) poderia deixar mais claro o conflito enfrentado pelo participante e aproximar o procedimento análogo

das situações vividas pelos clientes em psicoterapia, no qual o motivo para enfrentar situações desconfortáveis é usualmente explicitado.

Além disso, os resultados do estudo indicam que outras variáveis não analisadas podem atuar como moderadores, modulando o impacto da intervenção em cada participante. Em psicologia clínica, para além da identificação da efetividade de um procedimento, é de extrema importância a identificação de para quem aquele procedimento é efetivo, de modo que a identificação de moderadores é crucial. A partir dos relatos dos participantes, alguns possíveis moderadores são a tendência do indivíduo a apresentar fusão cognitiva, a tendência a seguir regras provenientes de outra pessoa em função do controle social (aquiescência), o nível de sofrimento psicológico no momento e a credibilidade da intervenção. Para verificar o impacto dessas variáveis confundidoras, outros questionários podem ser aplicados em conjunto com AAQ-II, como o Questionário de Estado de Fusão Cognitiva (CFSQ; Bolderston, Gillanders, Turner, Taylor & Coleman, 2019), o Questionário de Aquiescência Generalizada (GPQ; Waldeck, Pancani & Tyndall, 2018), a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) e uma adaptação de Escala de Credibilidade e Expectativa (CEQ; Devilly & Borkovec, 2000) para uma única intervenção breve, respectivamente.

Por último, mas talvez o mais relevante. Novos estudos devem ser realizados para continuar comparando procedimentos diferentes para promover desfusão cognitiva e não somente compará-los com condições de supressão ou ausência de intervenção. Importante notar que os dados deste estudo a respeito dos efeitos do exercício *Repetição da palavra* sugerem que seus efeitos são mais complexos do que simplesmente reduzir desconforto e credibilidade dos pensamentos, podendo não diminuir dores mais intensas e externas mas reduzir fuga. Somente novas pesquisas oferecerão suporte empírico para discutir os múltiplos efeitos de procedimentos para promover desfusão cognitiva.

6 – Como Promover Desfusão Cognitiva em Sessão: Construção de um Modelo Racional e um Sistema de Categorização (Estudo III)

6.1. Justificativa

A revisão da literatura do Estudo I permite afirmar que existem diversos exercícios e metáforas elaborados com o objetivo reduzir o controle exercido por relações verbais sobre o comportamento (i.e. desfusão cognitiva), alguns dos quais demonstram certa eficácia em produzir esse resultado almejado em condições experimentais análogas e aplicadas, e que, possivelmente, o fazem por meio de diferentes processos comportamentais.

Porém, a transposição deste conhecimento para a prática clínica não é direta. A partir do Estudo I, podemos caracterizar os estados inicial e final relacionados à desfusão cognitiva. Longe de ser uma intervenção a ser aplicada de modo indiscriminadamente ou uma panaceia clínica, a desfusão cognitiva deve ser almejada enquanto objetivo terapêutico nos casos em que a análise funcional indica que relações simbólicas estão exercendo controle sobre o comportamento do cliente por meio da transformação de função e acarretando em padrões de resposta rígidos e que afastam os clientes de seus valores. Caso o processo seja implementado de forma satisfatória, o estado final alcançado será aquele no qual o controle de tais relações simbólicas sobre o comportamento é reduzido significativamente e outras fontes de influência assumem tal controle.

Entretanto, questões como a escolha do procedimento, o *timing* da intervenção, a construção de um contexto favorável para sua implementação e barreiras para o tratamento (cf. Westrup, 2014) tornam necessária a existência de estudos que ofereçam evidências e diretrizes de como promover a desfusão cognitiva em sessão de modo eficiente. Sem eles, clínicos analítico-comportamentais podem cometer equívocos de manejo e deparar-se com dificuldades consideráveis, ainda que tenham consciência do estado final almejado. Esses estudos são especialmente essenciais para orientar terapeutas com pouca experiência na promoção de desfusão cognitiva ou com o modelo da ACT, de modo geral.

Tais diretrizes são análogas a um mapa. No início de uma viagem, uma pessoa sabe onde está e onde gostaria de chegar. Ao observar o mapa, ela é capaz de identificar os possíveis caminhos que ela poderá percorrer, incluindo os pontos em que ela deverá passar durante a viagem, e o que esperar em cada um deles. Para alguém familiarizado com o percurso, o mapa pode ser de pouca valia. Porém, para quem nunca percorreu esse caminho, o mapa orienta como atingir o destino final, o que esperar no processo e que direção tomar a cada etapa. Mas, longe

de serem instruções rígidas, o mapa permite flexibilidade por parte do viajante ao escolher uma rota que mais se adequa a ele (e.g., preferência pelo caminho litorâneo sobre o montanhoso) e as condições atuais (e.g., estrada fechada para reformas no momento). Similarmente, diretrizes clínicas podem auxiliar terapeutas com pouca experiência em promover desfusão cognitiva a identificar os possíveis caminhos para atingir esse estado final, incluindo os comportamentos pré-requisitos necessários; a prever obstáculos para a melhora do cliente; e a informar a tomada de decisão clínica a cada etapa do processo. Desta forma, a qualidade do ensino de terapeutas é incrementada e a eficiência do processo terapêutico é otimizada.

Trabalho similar foi feito no âmbito da FAP, com a proposta de uma sequência de interação lógica entre terapeuta e cliente para modelar comportamentos clinicamente relevantes do cliente em sessão (Weeks et al., 2012). Os autores enfatizam explicitamente que a interação lógica não é um conjunto de regras fixas, mas sim diretrizes com a função de orientar terapeutas para aspectos relevantes da interação terapêutica e auxiliá-los na tomada de decisão em sessão.

Ao apresentarem a interação lógica da FAP, a intenção dos autores é que ela pudesse ser empiricamente investigada por meio de futuras pesquisas (Weeks et al., 2012). Para isso são necessários estudos cujos delineamentos permitam a análise da interação terapeuta-cliente em sessão, que adotem instrumentos de avaliação sensíveis ao objeto de estudo e utilizem uma metodologia de análise de dados que capture a sequência de comportamentos da díade. Para tal, pesquisas com delineamento experimental ou quasi-experimental de sujeito único, que adotem o FAPRS (cf. Callaghan & Follette, 2008) para categorizar as sessões e empreguem análises sequenciais das categorias são de extrema importância (e.g., Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks & Berlin, 2009).

O presente estudo se propõe a desenvolver um modelo teórico de como terapeutas analítico-comportamentais promovem desfusão cognitiva em sessão e construir um sistema de categorização de falas da interação terapeuta-cliente que permita avaliar empiricamente a validade do modelo para, depois, refiná-lo com base em evidências empíricas no Estudo IV.

O primeiro objetivo se justifica na medida em que atualmente não existe um modelo teórico de promoção de desfusão cognitiva na literatura, apenas uma extensa lista de procedimentos possíveis que podem ser adotados. Já o segundo objetivo é decorrente do fato de que, com base na revisão de literatura de Zamignani (2007), não foi identificado nenhum sistema de categorização que tivesse como foco as respostas do terapeuta e do cliente aos pensamentos do cliente e discriminasse essas respostas adequadamente, requisitos necessários para avaliar a desfusão cognitiva em sessão. Na ausência de um instrumento específico, justifica-se a criação de um novo sistema de categorização, mais adequado (Bakeman & Quera,

2011). Obviamente, a criação de um novo instrumento acarreta em problemas de validação, interna e externa. Porém, caso o sistema desenvolvido demonstre sua utilidade, tais déficits podem ser corrigidos em futuras pesquisas. Em contrapartida, utilizar um instrumento não-sensível ao objeto e objetivos de pesquisa, drasticamente reduz sua utilidade para o estudo, a despeito de qualquer validade que ele possa ter.

6.2. Objetivos

Os objetivos deste estudo são (1) elaborar um modelo teórico da interação terapeuta-cliente necessária para produzir desfusão cognitiva em sessão em termos de um diagrama de etapas; e (2) construir um sistema de categorização das falas do terapeuta e do cliente em sessão sensível ao modelo teórico elaborado.

6.3. Método

Para a construção do modelo teórico, foi adotada a metodologia parcial da *Task Analysis*. Inicialmente proposta por Greenberg (1984) e refinada desde então (Greenberg, 2007; Pascual-Leone, Greenberg & Pascual-Leone, 2014). Este método foi empregado por uma variedade de pesquisadores de processo em psicoterapia para elaborar modelos clínicos de como terapeutas resolvem problemas clínicos específicos em sessão, como resolução de conflito na técnica da cadeira vazia (Greenberg, 1983; Greenberg & Foester, 1996), assimilação de experiências problemáticas (Stiles, Elliott, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison, Shapiro & Hardy, 1990) e resolução de rupturas na aliança terapêutica (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008; Bennett, Parry & Ryle, 2006; Safran, Greenberg & Rice, 1998; Safran & Muran, 1996).

Greenberg (2007) decompõe a *Task Analysis* em duas fases, cada uma subdividida em etapas: a fase de descoberta consiste nas etapas 1 a 7, enquanto a fase de verificação consiste nas etapas 8 e 9. Em congruência com os objetivos do presente estudo, serão empregadas somente as etapas 1 a 4, descritas em maiores detalhes na sequência.

Em primeiro lugar, a *Task Analysis* envolve a operacionalização de um problema comportamental que será o objeto de estudo. Marcadores do discurso do cliente são identificados com base em exemplos que sinalizam a ocorrência dessa questão em sessão e contraexemplos, nos quais essa questão não está presente. Os marcadores em questão foram extraídos da própria experiência clínica do pesquisador e de manuais de terapeuta ACT que contém trechos transcritos de sessão em conjunto com justificativas explícitas da tomada de

decisão clínica (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017; Twihog & Hayes, 2008; Villatte et al., 2015; Westrup, 2014).

Na etapa seguinte, os pressupostos do pesquisador são explicitados. Essa etapa é importante na medida em que as observações e estabelecimento de relações feitas pelo cientista nunca estão isentos de uma perspectiva filosófica e teórica, que direcionam o seu comportamento (Chalmers, 1999; Zettle et al., 2016). Assim, busca-se minimizar os vieses por meio da consciência e explicitação destes.

Na sequência, são observadas as performances de terapeutas experientes na resolução do problema comportamental especificado na primeira etapa e identificadas as variáveis que guiam o comportamento dos clínicos e como eles respondem a elas. Para tal, foi novamente utilizada a experiência clínica do autor em conjunto com os livros empregados na primeira etapa (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017; Twihog & Hayes, 2008; Villatte et al., 2015; Westrup, 2014).

Por fim, na etapa quatro da *Task Analysis*, o pesquisador se apoia nos passos anteriores para se engajar em um exercício intelectual em busca de responder como os clientes resolvem a tarefa comportamental em questão. A resposta a esta pergunta é então exposta na forma de um modelo racional das etapas que o terapeuta e o cliente devem se engajar para resolver o problema comportamental. Após a elaboração do modelo preliminar pelo pesquisador, ele foi discutido e refinado em parceria com a orientadora do projeto, os demais membros do LTC-USP e dois terapeutas comportamentais externos ao laboratório, que trabalham com ACT e possuem mais de dez anos de experiência clínica.

A partir do modelo racional foi construído um sistema de categorização das falas do terapeuta e do cliente aos pensamentos do cliente. Denominado de Sistema de Categorização de Respostas às Cognitiones do Cliente (SICARECC), ele é composto por vinte e três categorias, sendo doze do cliente e onze do terapeuta.

Para cada uma das categorias foi elaborada uma breve descrição, marcadores de discurso comuns que sinalizam sua ocorrência, exemplos e contraexemplos. Tal procedimento é essencial para que o sistema possa ser utilizado por terceiros, como aferidores de concordância e futuros pesquisadores, contribuindo para sua validação futura.

Por fim, um teste-piloto do SICARECC foi conduzido para avaliar a sensibilidade do sistema às variáveis de interesse e possíveis confusões de categorização. Para tal, o pesquisador o testou em transcrições sessões de um estudo-piloto. O sistema foi então modificado de acordo com as dificuldades encontradas durante o piloto.

6.4. Resultados

6.4.1. Modelo racional

Em congruência com o tema da tese, a tarefa comportamental selecionada para estudo foi o processo de transição de um estado inicial de fusão cognitiva para um estado final de desfusão cognitiva. Seguindo a definição estabelecida no capítulo 3, isto consiste na redução do controle exercido por relações simbólicas sobre o comportamento.

Foram selecionados cinco marcadores de discurso comuns a momentos de fusão cognitiva: preocupação, fatalismo, ruminação, responsabilização e generalização. Estes comportamentos podem ocorrer de modo parcialmente encoberto, como pensamentos, mas podem ser acessados pelo terapeuta ao ocorrerem de modo aberto durante a fala do cliente ou serem descritos pelo cliente capaz de observar seu próprio fluxo de pensamentos. Obviamente, uma análise funcional ideográfica é necessária para avaliar se estas instâncias da fala do cliente de fato exercem forte controle verbal sobre o comportamento do cliente e tal controle resulta em respostas rígidas e problemas clínicos. Caso não haja relação funcional entre o pensar e outros comportamentos, isso não seria alvo de intervenção clínica. Porém, a identificação destes marcadores pode ser valor pragmático em orientar o pesquisador à estas instâncias em meio a tantos eventos em sessão e facilitar sua análise funcional.

Preocupação se refere à um padrão de pensar no qual o cliente imagina possíveis (ainda que improváveis) cenários futuros de curto, médio ou longo prazo, geralmente caracterizado por consequências negativas (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Estes podem ser decorrentes de suas ações ou estarem fora de seu controle. O fatalismo é similar à preocupação na medida em que o cliente hipotetiza cenários futuros negativos, porém diverge dela na medida em que eles são conceituados não mais como eventos prováveis, mas sim certos, que ocorrerão com certeza a despeito da vontade do indivíduo, ocasionalmente acompanhados de pensamentos autodepreciativos ou de baixa auto-eficácia (cf. Abramson, Allow, Hogan, Whitehouse, Gibb, Hankin & Cornette, 2000; Carver & Scheier, 2001).

Terapeuta: Você parou de falar. Você começou a pensar em algo?

Cliente: Sim. Eu acabei de perceber que eu não vou conseguir acabar meu trabalho hoje à noite.

Terapeuta: E agora? O que está na sua mente?

Cliente: Eu estou preocupado em passar o tempo aqui falando com você enquanto eu mal tenho tempo de terminar meu trabalho esses dias.

(Villatte et al., 2015, p. 108)

Terapeuta: Você parece bem triste hoje. O que está acontecendo com você?

Cliente: É sempre a mesma história. Eu tento fazer algo para melhorar as coisas e isso fracassa...Sempre fracassa. É sempre assim.

Terapeuta: Então existe um lugar onde você fica preso com a mesma história que aparece, “Eu tento e nada funciona”.

Cliente: (Abaixa a cabeça e fala baixo). Vamos encarar, eu sou fadado e derrotado.

Terapeuta: Você já mencionou isso várias vezes agora, que você é fadado e derrotado.

Cliente: É verdade. Eu sou fadado e derrotado.

(Luoma et al., 2017, p. 92)

Já a ruminação é caracterizada por um padrão de pensar no qual o indivíduo repetidamente estabelece relações entre o seu estado atual e as causas anteriores dele de um modo passivo, que não leva à resolução de problemas e mudanças e por vezes vem acompanhado de pensamentos autodepreciativos (Nolen-Hoekseman, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Neste sentido, ele se aproxima de uma instância de dar razões disfuncional, como conceituado por Zettle e Hayes (1986).

Antes do segmento sobre trabalhar de casa teve uma entrevista com um adolescente, que é meio que um gênio de computador, e já se formou na faculdade com 17 anos. Foi aí que me bateu. Eu comecei a pensar como aquele garoto era sortudo de ser esperto e ter tido aquela oportunidade aos 17 ao invés de ir morar com uma outra família. Eu estava pensando que ele era tão dedicado, e eu suponho que estava pensando que eu era tão preguiçosa. Isso me deixou triste de novo.

(Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010, p. 136)

Por sua vez, responsabilização descreve um padrão de pensar é marcado por regras rígidas, como “devo”, “preciso”, “tenho que” e “não posso”, que sinalizam ordens, deveres e obrigações que o indivíduo deve obedecer (cf. Rachman, 1993; Salkovskis & Forrester, 2002). No âmbito da Análise do Comportamento, estas frases são usualmente conceituadas como autorregras (Hayes, Kohlenberg & Melancon, 1989).

Terapeuta: Que tipo de coisas você diz para você mesmo quando você vai começar a chorar?

Cliente: Que eu sou fraco e que eu não deveria deixar essas coisas ridículas me incomodarem.

(Luoma et al., 2017, p. 188)

Por último, generalizações se referem às instâncias no qual o indivíduo descreve a si mesmo ou ao mundo em termos absolutos, excessivos. De um lado, isto pode se referir à frequência (e.g., sempre, nunca) ou prevalência (e.g., todos, ninguém) de eventos do mundo. Do outro lado, às características (e.g., eu sou, eu não sou) ou capacidades de si mesmo (e.g.,

não consigo), sejam elas positivas ou negativas. Tais características podem ser acentuadas por comparações com outras pessoas. No contexto da ACT, generalizações a respeito de si são conceituadas como uma experiência de self-como-conteúdo (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017). No âmbito do senso comum, tais generalizações são comumente descritas sob as rubricas de autoconfiança e auto-estima (Guilhardi, 2002).

Cliente: Eu não sei o que fazer. Eu não consigo me conectar com outras pessoas. Eu entro em uma situação social e simplesmente não consigo fazer isso. Eu não tenho nada a dizer.
(Luoma et al., 2017, p. 105)

Cliente: Eu tentei iniciar conversas com colegas, mas não há nada de muito interessante na minha vida. Eu simplesmente não sou esse tipo de pessoa, sabe, que sempre tem algo interessante para falar.

Terapeuta: Que tipo de pessoa você é?

Cliente: Eu sou reservado, eu prefiro escutar as pessoas. Eu acho que sou passivo e entediante. Mas isso é o que eu sou. Eu sempre fui assim, então talvez eu não deveria tentar ser outra pessoa. Eu sinto como se eu estivesse passando vergonha tentando iniciar conversas assim.

(Villatte et al., 2015, p. 183)

Após a identificação da tarefa comportamental e dos marcadores de discurso relevantes, foram identificados e explicitados os pressupostos do pesquisador. Em termos filosóficos foram adotados os princípios do Behaviorismo Radical (Chiesa, 1994; Moore, 2008; Skinner, 1953; 1974). Já o raciocínio clínico é congruente com a terceira onda de terapias cognitivas e comportamentais, caracterizada pela ênfase em estratégias experienciais, implementadas na interação terapeuta-cliente em sessão, favorecendo a construção de repertórios amplos e flexíveis em detrimento da eliminação de comportamentos indesejáveis (Hayes, 2004).

A partir das fontes de informação analisadas na etapa 3 e das discussões realizadas na etapa 4 da *Task Analysis*, o modelo teórico foi elaborado. As peças fundamentais do modelo são as possíveis respostas que o terapeuta e o cliente podem emitir em sessão diante dos pensamentos do cliente. Elas foram agrupadas em grandes classes de respostas (do terapeuta e do cliente) com uma função comum, além das tentativas do terapeuta de evocar tais respostas do cliente. Foram identificadas dez grandes classes que são relevantes para a promoção da defusão cognitiva, denominadas de obediente, exploratória, controladora, metacognitiva, avaliativa, analítica, validante, concreta, dialógica e disruptiva. Todas elas serão descritas na sequência e resumidas na Tabela 9.

Em primeiro lugar, a classe obediente inclui aquelas respostas do cliente que indicam que seu comportamento, seja atual ou passado, está sob forte controle verbal de seus próprios pensamentos devido às funções de autorregulação da conduta ou manutenção da coerência simbólica. Portanto, esta classe indica um estado de fusão cognitiva e é caracterizada pelos marcadores identificados acima (preocupação, fatalismo, ruminação, responsabilização e generalização). É a única classe do modelo que se refere exclusivamente ao comportamento do cliente. Afinal, o comportamento do terapeuta não pode ficar sob controle direto dos pensamentos do cliente uma vez que estes são eventos privados, somente sob controle dos relatos desse sobre sua experiência.

Já a classe exploratória se refere aos momentos nos quais o terapeuta ou o cliente demonstram interesse e curiosidade pelos pensamentos do cliente, atuais ou passados, por meio de respostas de observação e descrição, com a função de aumentar a saliência destes enquanto estímulos (cf. Wilson & DuFrene, 2008). Neste sentido, é desenvolvido o repertório de autoconsciência do cliente, favorecido pelo terapeuta a partir de perguntas e inferências sobre essa esfera da experiência e paráfrases e resumos do relato do cliente.

Por sua vez, a classe controladora consiste em um padrão de esquiva experiencial, no qual o terapeuta e o cliente reduzem a magnitude e/ou o contato com certos pensamentos aversivos do cliente, considerados indesejáveis por meio de respostas de evitação e controle (cf. Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).

Ademais, a classe metacognitiva abarca respostas de descrição de regularidades no comportamento de pensar do cliente. Isto inclui identificar padrões recorrentes em termos de conteúdos repetitivos, dinâmicas do processo de pensar (e.g., cadeias de pensamentos que retornam repetidamente a um ponto central, ramificações em diversas opções e consequências, alternâncias entre dois pensamentos incongruentes, espirais afunilando em pensamentos mais abstratos), velocidade do fluxo do pensar e correspondência (ou não) entre os pensamentos e as contingências na qual o cliente está inserido. Neste sentido, é desenvolvido o repertório de consciência metacognitiva do cliente (cf. Bernstein et al., 2015) de modo semelhante ao que é feito na linha de investigação de Ruiz e colaboradores ao identificar gatilhos hierárquicos para ruminar e preocupar (Ruiz et al., 2018; Ruiz, Hernández, Falcón & Luciano, 2016). Na taxonomia construída no Estudo I, essa classe engloba alguns dos exercícios que almejam promover desfusão cognitiva por meio da discriminação condicional.

Na classe avaliativa, terapeuta e cliente estabelecem juízos de valor a respeito dos pensamentos do cliente. Isto envolve classifica-los como bons ou ruins (Hayes et al., 2012; Hayes & Wilson, 1994; Soriano, Valverde & Martínez, 2004); minimizar sua importância ou

validade; e alterar o conteúdo destes para pensamentos mais “racionais” ou “positivos”. Ainda que a reestruturação cognitiva seja um procedimento clínico bem-estabelecido e efetivo, no contexto da desfusão cognitiva, ele pode atuar como uma barreira em função dos objetivos conflitantes, como descrito no capítulo 3 (Hayes, 2005; Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017).

Além disso, a classe analítica se refere a um padrão de resposta no qual o terapeuta e o cliente estabelecem relações causais envolvendo um pensamento específico ou uma classe de pensamentos do cliente. As análises não são necessariamente acuradas, mas idealmente envolvem relações temporais ou causais entre o pensamento do cliente e outras respostas dele, contingências históricas e/ou estímulos antecedentes e consequentes, caracterizando análises funcionais adequadas dentro de uma perspectiva analítico-comportamental (cf. Haynes & O’Brien, 2000; Matos, 1999; Meyer, 2003).

Já na classe validante, terapeuta e cliente normalizam os pensamentos do cliente, estabelecendo-os como compreensíveis e até naturais dado o contexto (cf. Linehan, 1997). Isso pode ser feito ao identificar diretamente o pensamento como normal ou indiretamente, ao relacioná-lo com contingências históricas ou atuais (identificadas na classe analítica) ou caracterizá-lo como uma reação compartilhada pelos demais seres humanos (Assaz, Kovac, Oshiro & Meyer, 2018).

Por sua vez, a classe concreta envolve as tentativas do terapeuta e do cliente em alterar a forma como o pensamento é apresentado ao cliente, buscando aumentar o controle de propriedades formais em detrimento do seu significado verbal, mudando o controle de estímulos. Isso pode ser feito ao manipular e brincar de forma lúdica com as propriedades físicas de um pensamento, sejam elas já existentes (sons produzidos, grafia da palavra, movimentos do aparelho vocal) ou arbitrariamente atribuídas por meio da objetificação deste. Na taxonomia construída no Estudo I, essa classe engloba alguns exercícios que almejam promover desfusão cognitiva por meio da alteração do controle de estímulos.

Ademais, a classe dialógica inclui as respostas do cliente e do terapeuta que estabelecem uma clara distinção entre o indivíduo que pensa e a narrativa construída pelos seus pensamentos. Salientar o “pensador” permite que se estabeleça um diálogo com ele a respeito da narrativa elaborada e suas características, como complexidade, função, coerência e/ou criatividade. Este diálogo pode envolver respostas de estima ao agradecer, respeitar, valorizar ou reconhecer (cf. Assaz et al., manuscrito submetido; Guilhardi, 2002; Maslow, 1943); ou irreverência ao ironizar, ridicularizar e utilizar o humor de forma geral (Franzini, 2001; Fry & Salameh, 1987). Este padrão de comportamento é funcionalmente análogo àqueles nos quais a reação do indivíduo ao conteúdo da fala de outra pessoa é dependente do contexto de quem é

o falante, portanto englobando alguns dos exercícios que almejam promover desfusão cognitiva por meio da discriminação condicional, como descrito na taxonomia construída no Estudo I.

Por fim, a classe disruptiva é caracterizada por instâncias no qual o terapeuta diretamente solicita que o cliente emita respostas incompatíveis com o conteúdo de seus pensamentos e no qual o cliente consegue, relata ter conseguido ou se compromete a tomar tais atitudes. Estes pedidos podem conectar tais respostas aos objetivos e valores do cliente de modo a aumentar a probabilidade de sua ocorrência. Nesse sentido, a classe disruptiva se opõe à obediente, buscando aumentar o controle de outras fontes de influência para além dos pensamentos sobre o comportamento. Na taxonomia construída no Estudo I, essa classe engloba os exercícios que almejam promover desfusão cognitiva por meio da discriminação simples.

Tabela 9

Descrição das dez classes relevantes na promoção da desfusão cognitiva em termos de sua função comum e respostas frequentes

Classe	Função comum	Respostas frequentes
Obediente	Autorregulação verbal ou coerência simbólica	Preocupar, fatalizar, ruminar, responsabilizar e generalizar
Exploratória	Aumentar a saliência de pensamentos específicos	Observar; descrever
Controladora	Reduzir a magnitude ou o contato com pensamentos	Evitar; controlar
Metacognitiva	Aumentar a saliência de padrões e regularidades do pensar	Categorizar; descrever regularidades; comparar com contingências
Avaliativa	Discriminar pensamentos “bons” e “ruins”	Julgar; minimizar; modificar conteúdo
Analítica	Estabelecer explicações causais para pensamentos	Relacionar temporalmente e causalmente com outras variáveis
Validante	Normalizar pensamentos	Validar
Concreta	Aumentar a saliência de propriedades formais do pensamento	Brincar; objetificar
Dialógica	Salientar o indivíduo responsável pela emissão dos pensamentos	Distinguir pensador de pensamentos; estimar narrativa; ironizar narrativa
Disruptiva	Aumentar o controle de outras fontes de influência sobre o comportamento	Agir de modo incongruente com o conteúdo do pensamento

Para além da identificação das possíveis respostas do terapeuta e do cliente diante dos pensamentos deste, é necessário identificar como elas interagem de forma dinâmica em sessão. Isso será feito na sequência e apresentado na Figura 18.

Ao almejar promover desfusão cognitiva, o terapeuta busca que o cliente construa um repertório alternativo para responder aos seus próprios pensamentos de modo a reduzir o seu controle sobre o comportamento em contextos no qual tal controle gera sofrimento. De forma abrangente, a construção de um repertório envolve, dentre outros, aumentar a sensibilidade do indivíduo a propriedades do ambiente que não atuavam como estímulo para respostas; aumentar ou diminuir a probabilidade de respostas relevantes; e transformar a função de estímulos específicos.

Este repertório é produto de aprendizagem, decorrente das contingências estabelecidas pelo terapeuta em sessão ao se engajar e favorecer que o cliente se engaje em classes de resposta específicas descritas previamente. Algumas dessas classes de resposta são pré-requisitos para outras, de modo que a construção do repertório pode ser descrita em termos de etapas de interação terapeuta-cliente. Porém, é esperado que esse processo não seja linear e contínuo, uma vez que o cliente pode se engajar em comportamentos antagônicos à construção do repertório em questão ou simplesmente apresentar dificuldade em emitir as novas respostas, especialmente no momento de aquisição delas, emitindo respostas previamente existentes e fortes em seu repertório. Ademais, uma vez que a aprendizagem depende de padrões recorrentes de interação organismo-ambiente, é esperado que essa sequência de interações terapeuta-cliente ocorra múltiplas vezes, com pensamentos distintos, similar a um TME. Conforme o cliente adquira maior proficiência nesse repertório, essas sequências podem ocorrer mais rapidamente, possivelmente pulando etapas e com menor suporte do terapeuta.

A lógica descrita acima pode ser ilustrada a partir da construção de um repertório amplamente estudado por analistas do comportamento: a leitura com compreensão (Layng, Sota & Leon, 2011). Para facilitar a aprendizagem, o educador pode inicialmente solicitar que o estudante grife trechos importantes do texto. Uma vez que a resposta de grifo esteja bem instalada no repertório do aluno, é possível favorecer que ele faça anotações marginais, resumindo os parágrafos; e na sequência que resuma o texto em questão ou elabore um mapa conceitual (Pergher, Colombini, Samelo, Modenesi & Angelo, 2015). Com a aquisição da fluência da leitura, é esperado que a necessidade de grifar passagens seja menor: o aluno já está sensível aos trechos mais relevantes do texto. Porém, diante de um texto mais complexo (em função da linguagem, estrutura ou assunto), o educador e o aluno podem retornar aos grifos e às anotações marginais para então conseguir resumir o texto. A mesma lógica pode ser utilizada

pelo terapeuta na promoção da defusão cognitiva: o repertório é progressivamente construído, passando de comportamentos mais simples para os mais complexos, com a possibilidade de refazer os passos diante de situações desafiadoras, especialmente quando tal repertório ainda não está satisfatoriamente instalado.

A resolução da tarefa de promoção de defusão cognitiva é iniciada com a classe obediente, que sinaliza que o comportamento do cliente está ou já esteve sob forte controle verbal (i.e. fusão cognitiva). No primeiro caso, o processo terapêutico adquire um caráter mais experiencial por focar nos comportamentos do cliente que estão acontecendo aqui-e-agora (Luoma et al., 2017), porém, ambos são válidos para começar a tarefa.

Então, terapeuta e cliente se engajam na classe exploratória, buscando observar e descrever os pensamentos do cliente que surgem em diversas situações relatadas por ele ou vividas em sessão. Porém, clientes com forte repertório de esquiva experiencial podem ter dificuldade em emitir tais respostas, alternativamente se engajando na classe controladora. Obviamente, nem todos os clientes irão apresentar um padrão de esquiva experiencial, e muitos estarão dispostos a compartilhar prontamente os seus pensamentos com o terapeuta. Entretanto, diante daqueles indivíduos que não conseguirem, o terapeuta precisará continuar se engajando na postura exploratória e/ou buscar promover aceitação antes de adentrar na postura metacognitiva. No segundo caso, o processo clínico passará para uma nova tarefa comportamental, de aceitação, portanto, não sendo incluída no presente modelo (cf. Cordova, 2001).

Uma vez que o cliente é capaz de observar e descrever uma gama de pensamentos, a dinâmica em sessão pode adentrar na classe metacognitiva, na qual ambos os membros da díade passam da descrição de instâncias específicas de pensamentos para a identificação de regularidades no processo de pensar do cliente. Neste sentido, há uma passagem da consciência cognitiva para a consciência metacognitiva. Essa etapa é importante porque permite que a conversa terapêutica passe de instâncias específicas de pensamentos para grandes classes recorrentes e, portanto, sejam analisadas em termos de padrões molares de comportamento na classe analítica.

Entretanto, ao identificar padrões recorrentes em seu modo de pensar, é possível que o cliente comece a avaliá-los, especialmente julgando-os como negativos: ruins, sem sentido, idiotas etc. A classe de respostas avaliativa é esperada na medida em que há um contexto sócio-cultural de julgamento (Soriano, Valverde & Martínez, 2004) e que a classe metacognitiva salienta a repetição de pensamentos desagradáveis e cruéis, muitas vezes não correspondentes aos eventos no ambiente. Sem uma compreensão de porquê esses pensamentos recorrentes

ocorrem, direcionando a atenção do cliente para o seu conteúdo e não nos seus determinantes, julgá-los torna-se provável. Idealmente, o terapeuta não irá adentrar na classe avaliativa com o cliente, mas sim redirecioná-lo para a classe analítica ou para a classe validante, promovendo a compreensão desses pensamentos, postura antagônica ao julgamento.

Uma vez na classe analítica, o terapeuta favorece que o cliente elabore explicações causais para os pensamentos, congruentes com a perspectiva analítico-comportamental. Inicialmente, o cliente pode estabelecer explicações insatisfatórias para os seus pensamentos, de um ponto de vista comportamental, atribuindo sua ocorrência ao acaso, à uma psicopatologia, aos seus sentimentos, entre outros. Porém, com o tempo, é esperado que o terapeuta gradualmente modele as explicações do cliente de modo que elas reflitam um modo mais histórico e funcional de pensar a respeito de seus pensamentos, afastando-se, portanto, das explicações do senso comum. Para enfatizar a análise funcional elaborada, metáforas e analogias podem ser empregadas ao relacionar o funcionamento do pensar com outras situações experienciadas pelo cliente cuja causalidade é similar e previamente compreendida (cf. Foody et al., 2014; Stewart & Barnes-Holmes, 2001; Törneke, 2017).

Em grande medida, a classe validante é dependente da analítica. Afinal, é muito difícil que o cliente entenda seus pensamentos como algo normal ou compreensível se ele não observa uma coerência entre eles e o seu ambiente atual ou histórico. Na ausência desse elo, a validação pode soar como algo falso. A importância da validação decorre do fato de que (1) ela se contrapõe à classe avaliativa; e (2) que as possíveis classes na sequência de etapas, concreta e dialógica, envolvem respostas não usualmente presentes no repertório do cliente e que podem ser compreendidas como minimização ou ridicularização do sofrimento por parte do terapeuta, comprometendo a realização da tarefa e a relação terapêutica como um todo. Assim como na classe analítica, os efeitos da classe validante podem ser otimizados por meio de metáforas e analogias ao relacionar os pensamentos desagradáveis do cliente com outros pensamentos que ocorrem em um contexto mais cotidiano e familiar para ele, portanto, mais fáceis de validar.

Até o momento, o modelo descreve uma sequência de etapas que favorece que os pensamentos do cliente se tornem estímulos para o cliente e que ele possa estabelecer relações simbólicas progressivamente mais complexas, descrevendo o seu funcionamento, analisando tal funcionamento de acordo com princípios comportamentais e normalizando sua ocorrência a partir deste modo de funcionamento. Mas, uma vez na classe validante, o terapeuta pode optar por dois caminhos distintos.

De um lado, ele pode passar para a classe concreta, apresentando os pensamentos do cliente de um modo alternativo, que salienta suas propriedades físicas inerentes ou atribuídas

arbitrariamente. No segundo caso, as metáforas previamente empregadas na classe analítica podem ser revisitadas como imagens a serem mais exploradas em relação a suas propriedades formais. Afinal, a saliência das propriedades formais de uma metáfora é um aspecto fundamental para a sua eficácia na mudança do comportamento (cf. Criollo et al., 2018; Ruiz & Luciano, 2015; Sierra et al., 2016).

Do outro lado, ele pode adotar a classe dialógica, primeiramente salientando o pensador ao distinguí-lo da narrativa criada por seus pensamentos. Mais uma vez, as metáforas adotadas anteriormente podem ser utilizadas para aumentar essa distinção ao nomear o “pensador”, seja de forma genérica (e.g., mente, Eu) ou aproximando-se da sua função (e.g., narrador, vendedor, resolvidor de problemas). Então, terapeuta e cliente podem estabelecer um diálogo com o “pensador” por meio da estima ou do humor a respeito das propriedades da narrativa identificadas nas classes metacognitiva e analítica, como sua complexidade, função, coerência e criatividade.

Por serem pouco convencionais, dificilmente o cliente será capaz de se engajar totalmente nas classes concretas e dialógicas no início. Possivelmente ele retornará para respostas já presentes em seu repertório, como as classes exploratória ou analítica, até ser capaz de adentrar nestas classes com o terapeuta.

Por fim, uma vez que o cliente está sob controle do “pensador” ou das propriedades formais do pensamento, o controle verbal estará temporariamente minimizado. Então, o terapeuta pode adentrar na classe disruptiva e favorecer que o cliente emita respostas que são incompatíveis com os seus pensamentos, porém alinhados com os seus objetivos e valores. O cliente pode então emitir tais respostas em sessão ou se comprometer a fazê-lo fora do atendimento, sendo idealmente consequenciado por falas do terapeuta que reconhecem arbitrariamente os esforços dele ou, de modo mais natural, conectando com os objetivos e valores do cliente (cf. Assaz et al., manuscrito submetido).

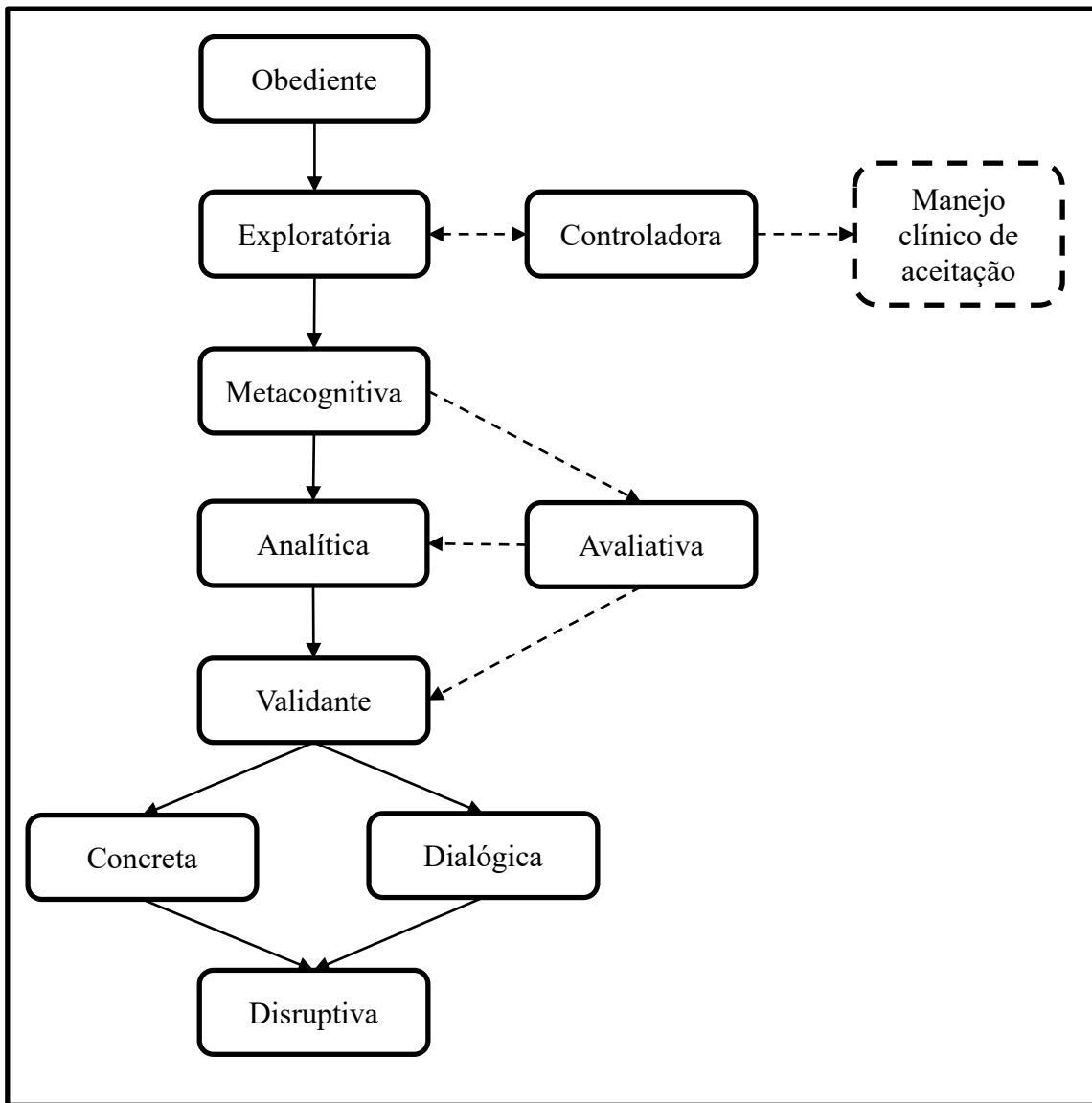


Figura 18. Diagrama do modelo teórico da sequência de classes de respostas na interação terapeuta-cliente para a promoção de defusão cognitiva em sessão. Setas pontilhadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.

Para ilustrar e tornar mais concreta a dinâmica apresentada acima, será apresentado uma possível (mas não única) sequência de etapas que poderia ser adotada por um terapeuta que almeja promover defusão cognitiva no caso de um paciente com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) descrito por Chosak, Marques, Fama, Renaud e Wilhelm (2009). Na conceituação de caso apresentada pelos autores, a cliente tem diversos pensamentos relacionados à responsabilização pelo bem-estar físico de pessoas próximas, apresentando uma tendência a pensar que suas ações podem causar danos aos outros. Em função destes pensamentos, a cliente reage com compulsões de limpeza excessiva, evitação de contato físico com outros e esquiva experiencial por meio de comportamentos autolesivos não-letais (morder

a língua, cerrar os punhos). Apesar dos autores seguirem uma direção de tratamento diferente, orientado pelo modelo da Terapia Cognitiva, havendo uma relação funcional entre as obsessões e as compulsões da cliente, um dos objetivos terapêuticos almejados no caso poderia ser a defusão cognitiva.

Para atingir esse resultado, um primeiro passo seria explorar com a cliente os pensamentos que surgem em um determinado momento, como por exemplo, “se eu não me limpar, vou contaminar outras pessoas”. Esse e outros pensamentos podem ser de difícil identificação por parte da cliente em função dos seus esforços para fugir deles. Porém, uma vez que essa dinâmica é repetida algumas vezes com sucesso, o cliente e o terapeuta terão acesso a um número significativo de instâncias de pensamentos da cliente, sendo capazes de categorizar esse e outros pensamentos como constituindo uma classe mais ampla de pensamentos de “limpeza” ou “responsabilização”. A categorização torna ainda mais saliente para a cliente de que esses pensamentos não costumam condizer com as contingências no qual ela está inserida (i.e. nas vezes em que ela não se limpou, seus entes queridos não sofreram), embora isso não seja suficiente para impedir o controle desses pensamentos sobre o seu comportamento. Inclusive, a percepção desta discrepância é uma característica comum a uma grande gama de pacientes com TOC (American Psychiatric Association, 2013).

Tal discrepância pode ser um contexto que favorece respostas de julgamento desses pensamentos como “irracionais”, “idiotas” ou “patológicos” por parte da cliente. Ao invés de concordar com ela, o terapeuta pode investigar com a cliente as causas para a ocorrência destes, direcionado a atenção para as contingências históricas e atuais nas quais ela está inserida. No caso desta cliente, isso implica em identificar os efeitos de uma história de vida no qual sua mãe explicitamente afirmava que a gravidez da cliente havia arruinado sua vida e depositado a responsabilidade de cuidar dos irmãos nela, especialmente com o comportamento errático da mãe e da ausência do pai, invalidando as vontades e necessidades da cliente em detrimento das responsabilidades atribuídas. Portanto, pensamentos de responsabilização (e aqueles de minimização de suas próprias vontades) teriam adquirido função autorregulatória de evitar danos a pessoas queridas, conseqüentemente, julgamentos de outros. O fato de que pensamentos de responsabilização enfatizam a saúde física de pessoas queridas faz sentido na medida em que a cliente teve experiências de contato próximo com a morte, onde diversas pessoas queridas vieram a falecer e ela mesma sofreu com hospitalizações e abortos espontâneos. Esse raciocínio pode ser ainda mais fortalecido ao discutir sobre a tendência humana de cuidar de quem amamos; e de minimizar riscos quando os custos são imensos, ainda que improváveis.

Neste ponto, o terapeuta pode facilitar o raciocínio funcional e histórico apresentado ao comparar a cliente com uma médica ou enfermeira recém-formada. Esses profissionais de saúde passam por um extenso treinamento para serem capazes de cuidar de outras pessoas, assumindo responsabilidade pelo bem-estar delas. Nesse sentido, falhar nas suas responsabilidades pode levar a danos ao paciente (incluindo morte por iatrogenia) e, além disso, julgamentos de seus pares, julgamentos de seus superiores e até processos judiciais. Portanto, eles podem ser excessivamente zelosos em seu cuidado, de modo a minimizar riscos para seus pacientes e também consequências negativas para si mesmo, ainda mais no início da carreira, quando tem pouca experiência prática. Funcionalmente, esse comportamento é semelhante ao padrão da cliente: senso de responsabilidade e excesso de zelo em função de possíveis consequências aversivas de grande magnitude. E, por causa de suas recorrentes passagens por hospitais, a figura da profissional de saúde pode ser familiar para a cliente, otimizando os efeitos da metáfora e favorecendo a normalização destes pensamentos.

Uma vez que a cliente é capaz de validar estes pensamentos, o terapeuta pode optar por duas direções. Escolhendo a classe concreta, ele pode sugerir que a cliente imagine os seus pensamentos ditos por uma enfermeira ou médica com a qual já teve contato e apresenta um tom, cadência ou trejeitos em sua fala bem característicos e, idealmente, divertidos. Já optando pela classe dialógica, o terapeuta pode comparar seu processo de pensar à figura da enfermeira ou da médica, distinguindo esta figura dos pensamentos decorrentes dela. Então, ele pode oferecer modelos para como a cliente pode conversar com ela, seja agradecendo o esforço despendido em cuidar dela, reconhecendo a importância do seu trabalho ou até ironizando o excesso de zelo como se ela tivesse acabado de ter um curso sobre as piores doenças do mundo e visse elas em todo o lugar, ou estivesse em um episódio da série *House*, onde todos os casos são gravíssimos e/ou decorrentes de coincidências bizarras.

Por fim, o terapeuta pode ajudar a cliente a se conectar com os seus valores, principalmente aqueles que envolvem a conexão com outras pessoas; salientar os custos do seu comportamento (e.g., deterioração no casamento, tempo gasto nos rituais); e direcioná-la para atitudes congruentes com estes valores, mas incongruentes com seus pensamentos, como não lavar a mão diante de pensamentos de limpeza e se aproximar de pessoas queridas. Quando ela conseguir agir desta forma, o terapeuta pode reconhecer os esforços da cliente e reforçá-los naturalmente ao retomar essa conexão entre o comportamento dela e seus valores e objetivos.

6.4.2. Sistema de categorização

A partir do modelo racional, foi desenvolvido o sistema de categorização das respostas do terapeuta e do cliente aos pensamentos deste, denominado de SICARECC (Anexo G). Como o próprio nome sugere, ele não pretende ser um sistema compreensivo, capaz de categorizar e descrever a totalidade da interação terapeuta-cliente, mas se restringe àquelas interações no quais ambos dialogam sobre os pensamentos do cliente. Ademais, ele categoriza exclusivamente as respostas verbais vocais (i.e., falas) do terapeuta e do cliente. Consequentemente, as respostas verbais não-vocais de ambos (e.g., gestos, expressões) não são analisadas separadamente, mas podem atuar como dicas que podem auxiliar na classificação dos comportamentos verbais vocais caso haja vídeo da interação.

A unidade de registro adotada é o turno da interação. Em outras palavras, cada instância de fala do terapeuta e do cliente, iniciado pelo começo de seu discurso e terminada pelo início do discurso do outro membro da díade, será uma unidade de análise. A opção de utilizar o turno como unidade de registro tem como função aumentar a concordância das categorizações, uma vez que há menos decisões a serem tomadas pelo categorizador principal e pelos aferidores de concordância: somente a categoria específica de cada unidade, e não o início e fim de cada unidade, adicionalmente (Zamignani, 2007).

O SICARECC é composto por vinte e três categorias distintas, sendo doze referentes ao comportamento do cliente e onze ao comportamento do terapeuta. Em relação ao cliente, as primeiras dez categorias descrevem as classes de resposta descritas no modelo teórico (obediente, exploratória, controladora, metacognitiva, avaliativa, analítica, validante, concreta, dialógica e disruptiva). Já as últimas duas últimas retratam as respostas do cliente inseridas entre as demais categorias, responsáveis por consequenciar a fala do terapeuta e favorecer (demonstrar compreensão ou aprovação) ou dificultar (demonstrar incompreensão, desaprovação ou oposição) o progresso da sessão para a próxima etapa do modelo. As classes do comportamento do terapeuta são as mesmas do cliente, com exceção da obediente, exclusiva deste. Todas as categorias do SICARECC são assinaladas na Tabela 10 com seus respectivos códigos de identificação.

Tabela 10

Categorias do comportamento do cliente e do terapeuta no SICARECC.

Categorias do cliente	Categorias do terapeuta
Obediência (C-OBE)	
Exploratória (C-EXP)	Exploratória (T-EXP)

Controladora (C-CONT)	Controladora (T-CONT)
Metacognitiva (C-MET)	Metacognitiva (T-MET)
Avaliativa (C-AVA)	Avaliativa (T-AVA)
Analítica (C-ANA)	Analítica (T-ANA)
Validante (C-VAL)	Validante (T-VAL)
Concreta (C-CONC)	Controladora (T-CONC)
Dialógica (C-DIA)	Dialógica (T-DIA)
Disruptiva (C-DRU)	Disruptiva (T-DRU)
Facilita progresso (C-FAC)	Facilita progresso (T-FAC)
Dificulta progresso (C-DIF)	Dificulta progresso (T-DIF)

Para categorizar uma sessão de psicoterapia com o SICARECC, o primeiro passo necessário é a transcrição do áudio da sessão. Durante a transcrição, deve-se distinguir entre as falas do cliente e do terapeuta e demarcar claramente onde cada uma começa e termina, uma vez que cada turno da interação será considerado uma unidade de análise. Como mencionado acima, o vídeo da sessão (se disponível) pode ser utilizado em conjunto com a transcrição e o áudio para auxiliar na categorização ao possibilitar a observação da postura, de gestos e expressões faciais.

Considerando que o SICARECC não é um sistema compreensivo da interação terapêutica, é necessário identificar os trechos da interação em que o terapeuta e o cliente respondem as cognições do cliente. Afinal, estas serão as passagens a serem categorizadas. Portanto, é necessário é demarcar o início e o fim destes trechos. Os demais trechos não serão considerados pelo SICARECC. Para realizar a demarcação, deve-se percorrer a transcrição em busca de instâncias no qual o cliente se engaja na classe obediente ou algum membro da díade reage aos pensamentos do cliente, caracterizando uma potencial categoria do sistema. Uma vez identificada tal fala, deve-se seguir o áudio, transcrevendo as demais falas até atingir uma fala em que um dos membros da díade não responde aos pensamentos do cliente ou três categorias de consequenciação da fala do outro membro da díade (C-FAC, T-FAC, C-DIF ou C-FAC) seguidas. O turno relativo à fala que não se refere a respostas ao pensar do cliente ou a terceira fala de consequenciação não devem ser considerados para análise, encerrando o trecho demarcado imediatamente antes dele. A decisão metodológica de permitir somente duas falas de consequenciação em sequência foi tomada por ser considerado que mais do que isso incluiria trechos não relevantes para o tema abordado pelo SICARECC.

Por motivos pragmáticos, a demarcação de falas pode ocorrer de modo concomitante à transcrição, reduzindo assim o esforço e tempo despendido na tarefa.

Na sequência, o pesquisador deve percorrer os trechos da transcrição selecionados para categorização e atribuir uma única categoria a cada turno. Não é possível empregar mais do que uma categoria para cada turno. Novamente, tal decisão metodológica foi tomada em prol de aumentar a probabilidade de concordância com os aferidores. Para auxiliar o categorizador na sua tomada de decisão, foi desenvolvido um sistema de hierarquia de categorias por vezes similares, que privilegia o reconhecimento de respostas verbais mais complexas, ainda que emitidas com pouca força. A hierarquia é, em ordem crescente, obediente (C-OBE), exploratória (C-EXP ou T-EXP), metacognitiva (C-MET ou T-MET), analítica (C-ANA ou T-ANA), validante (C-VAL ou T-VAL) e, então, as categorias relacionadas à desfusão cognitiva, sem prioridade hierárquica entre elas (C-CONC, T-CONC, C-DIA, T-DIA, C-DRU ou T-DRU).

O SICARECC é apresentado em maiores detalhes no Anexo G, no qual as categorias são brevemente descritas, em conjunto com seus respectivos códigos, marcadores de discurso comuns que sinalizam sua ocorrência em sessão, exemplos e contraexemplos para facilitar o processo de categorização.

6.5. Conclusão

Os esboços para construir um modelo racional de como a desfusão cognitiva é promovida em sessão é um primeiro passo essencial para orientar o ensino de terapeutas e a tomada de decisão clínica. Porém, sem a contraparte de evidências empíricas que sustentem ou refinem o modelo, sua validade é limitada. O desenvolvimento do SICARECC a partir do modelo tem precisamente a função de oferecer subsídios metodológicos para essa investigação empírica, a ser feita no Estudo IV, apresentado no próximo capítulo.

7 – Análise da Interação Terapeuta-Cliente em Sessões que Promovem Desfusão Cognitiva (Estudo IV)

7.1. Justificativa

A metodologia da *Task Analysis* proposta por Greenberg (2007) explicita que, para além do modelo racional de como certas questões são resolvidas em sessão, é importante confrontar esse modelo com evidências empíricas, ou seja, excertos de sessões nas quais terapeutas e clientes estão, de fato, trabalhando na questão de interesse. A integração entre a análise teórica e a observação empírica é feita a partir da etapa 5 da *Task Analysis*, na qual são selecionados momentos do processo terapêutico a partir dos marcadores identificados na primeira fase. Então, a interação terapeuta-cliente é analisada para identificar sequências de etapas que culminam na conclusão bem ou mal-sucedida da tarefa em questão.

Frequentemente, tal análise é feita de forma qualitativa (cf. Elliott, 2010). Porém, é possível combinar a *Task Analysis* com outra metodologia de pesquisas de processo, caracterizada por uma análise mais quantitativa da interação terapeuta-cliente. Inclusive, a pluralidade metodológica é uma opção advogada por pesquisadores de processo em psicoterapia por oferecer evidências complementares e permitir que as fraquezas de um delineamento sejam compensadas pelas forças de outro (Elliott, 2010; Kazdin, 2007). Uma opção interessante para a integração é a análise micro-sequencial do processo, que consiste na análise das falas do terapeuta e do cliente turno a turno e alocação das mesmas em categorias previamente definidas (Elliott, 2010).

Uma dificuldade para a integração da metodologia da análise micro-sequencial do processo com a *Task Analysis* é que, enquanto na última as sessões são escolhidas em função de apresentarem o problema comportamental em questão, não há garantia de que tal problema será abordado na primeira. Assim, a escolha dos participantes é de extrema relevância uma vez que a partir desta seleção é possível prever, em maior ou menor grau, se tal problema comportamental será de fato abordado ao longo da terapia.

No caso da escolha da desfusão cognitiva enquanto tarefa comportamental a ser analisada, uma população clínica interessante é aquela de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Afinal, as diretrizes diagnósticas do quadro enfatizam a importância da preocupação no transtorno, avaliada em relação a sua frequência, intensidade, duração e prejuízos decorrentes (American Psychiatric Association, 2013). Apesar da variedade de modelos teóricos cognitivos e comportamentais para compreender o

TAG (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples, 2009), um ponto em comum entre eles é que a preocupação está funcionalmente relacionada a outros comportamentos relacionados ao sofrimento do cliente, como respostas de ansiedade, evitação, controle, perfeccionismo e busca de segurança. Em outras palavras, há um provável cenário de fusão cognitiva, no qual o indivíduo está primariamente respondendo a funções simbolicamente adquiridas (i.e., forte controle verbal sobre o comportamento) com padrões rígidos, que possivelmente produz sofrimento e o afasta de seus valores pessoais.

O caso fictício de William, um homem de 38 anos com diagnóstico de TAG, descrito por Robichaud (2013) pode ilustrar esse cenário. Em uma passagem do artigo, ela descreve uma típica sequência de preocupações do cliente, passando da possibilidade de sua morte (“E se eu contrair uma doença séria?”), para as consequências aversivas decorrentes disso para sua esposa (“E se minha esposa tiver dificuldade em lidar com todas as contas como uma mãe solteira se eu morrer?”) e sua filha (“E se minha filha tiver dificuldade em se adaptar à morte do pai? E se ela começar a ir mal na escola e não entrar na universidade? Ela pode não conseguir ter uma boa carreira...”) (Robichaud, 2013). Tal processo de pensar está funcionalmente relacionado a uma série de outros comportamentos de William, como sintomas físicos crônicos (insônia, tensão muscular, irritabilidade, fadiga e dificuldade de concentração); respostas excessivas de fuga-esquiva das possíveis consequências aversivas (resolução de problemas, checagem, procrastinação); e interferência em atividades valorizadas (lazer com a família, interações sociais e trabalho). Essas três esferas caracterizam o sofrimento experienciado por William e justificam uma intervenção clínica.

Portanto, ao selecionar sessões de indivíduos com TAG, aumenta-se a probabilidade de que a promoção da desfusão cognitiva seja considerada, na conceituação do caso, um objetivo terapêutico.

Além disso, a escolha de clientes com diagnóstico de TAG pode ter implicações importantes para o aumento da eficácia da psicoterapia. O TAG é uma condição com alta prevalência na população: estima-se que a cada momento 3% das pessoas preenchem o critério diagnóstico, número que aumenta para 5% se for considerada toda a vida destes indivíduos (Wittchen, 2002; Wittchen & Hoyer, 2001). Este quadro é ainda mais comum em serviços de atenção primária em função do seu caráter crônico e prejuízo social e laboral, tornando este transtorno um importante foco de saúde pública (Wittchen, 2002; Wittchen & Hoyer, 2001).

Para complicar o cenário, o TAG tem sido considerado um dos transtornos de ansiedade mais complicados. Apesar de efeitos positivos obtidos em ensaios clínicos randomizados de Terapia Cognitivo-Comportamental (Hunot, Churchill, Teixeira & de Lima,

2007; Mitte, 2005), o grau de resposta ao tratamento e tamanho do efeito obtidos são os menores dentre todos os transtornos ansiosos (Olatunji, Cisler & Deacon, 2010). Entre os motivos estão a altíssima taxa de comorbidade (que pode chegar até a 90% dos casos durante um período de avaliação de um ano) e a ausência de um medo único e concreto ao qual o indivíduo pode se expor (Dugas & Robichaud, 2009). Caso a desfusão cognitiva se mostre uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com TAG, haverá evidências preliminares para embasar o seu uso nos cuidados clínicos com essa população, ampliando o repertório do clínico analítico-comportamental diante destes clientes.

7.2. Objetivos

7.2.1. Objetivo primário

Identificar padrões de interação entre o terapeuta e o cliente característicos de sessões de psicoterapia que almejam produzir desfusão cognitiva, oferecendo fundamentação empírica para refinar o modelo teórico desenvolvido no Estudo III.

7.2.2. Objetivos secundários

Avaliar a sensibilidade do sistema de categorização SICARECC às falas de terapeutas e clientes em sessão.

Avaliar o impacto de procedimentos que buscam produzir desfusão cognitiva em clientes com diagnóstico de TAG em medidas de desfecho de sintomas ansiosos, fusão cognitiva e ações comprometidas com valores.

7.3. Hipóteses

7.3.1. Hipótese primária

Será possível identificar padrões comuns de categorias de falas do terapeuta e do cliente nas sessões de psicoterapia que almejam produzir desfusão cognitiva, atestadas por (1) mudanças nas frequências de categorias ao longo do processo terapêutico e (2) sequências de categorias recorrentes em momentos específicos do processo terapêutico e/ou na terapia como um todo.

7.3.2. Hipóteses secundárias

O categorizador principal e o aferidor de concordância serão capazes de atribuir categorias do SICARECC às falas do terapeuta e do cliente e a categorização de ambos atingirá uma taxa de, no mínimo, 0,6.

Após a introdução de procedimentos para produzir desfusão cognitiva (fase A+B) os participantes apresentarão redução de fusão cognitiva (mensurada pela redução de escores na escala de autorrelato CFQ e pela redução da frequência de falas em sessão dos participantes categorizadas como C-OBE no SICARECC) e aumento do engajamento em atividades comprometidas com os valores a despeito de pensamentos contrários (mensurado pelo aumento dos escores da subescala de progresso do VQ, redução nos escores da subescala de obstrução do VQ e aumento na frequência de falas em sessão dos participantes categorizadas como C-DRU no SICARECC). É possível que também ocorra redução nos sintomas de ansiedade (medidos pelo Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7), mas não necessariamente. Afinal, diversos itens deste instrumento estão relacionados à frequência de preocupações e à intensidade da emoção sentida, que não são diretamente abordados ou almejados pelos procedimentos que buscam produzir desfusão cognitiva ou pelo modelo da ACT de modo geral (cf. Hayes et al., 2012).

7.4. Método

7.4.1. Participantes

Foram selecionados três participantes a partir das triagens do CEIP-USP. Os critérios de inclusão foram ter entre 18 e 65 anos, serem alfabetizados e terem TAG como diagnóstico principal. A avaliação diagnóstica foi feita em uma entrevista clínica não-estruturada com o terapeuta, na qual foi averiguada se o participante preenchia os critérios diagnósticos para TAG do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013); e corroborada por um escore de no mínimo 10 pontos no Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (GAD-7). Foram excluídos indivíduos que apresentem um quadro de TAG como comorbidade a um diagnóstico primário (e.g., Episódio Depressivo Maior) ou já estivessem sob acompanhamento psicológico. Porém, não foram excluídos indivíduos que estivessem sob acompanhamento psiquiátrico, somente exigindo-se que eles reportassem a medicação utilizada e informassem quaisquer mudanças na substância ou dosagem.

Os três participantes selecionados foram atendidos pelo pesquisador, um clínico analítico-comportamental com cinco anos de experiência clínica, supervisionado pela orientadora do projeto, com dezoito anos de experiência de atendimento clínico e supervisão.

As sessões foram transcritas pelo pesquisador e por quatro estudantes de graduação de Psicologia, que atuaram como ajudantes de pesquisa.

O pesquisador-terapeuta também foi o principal categorizador do estudo. Tal escolha teve motivações pragmáticas em função da familiaridade do pesquisador-terapeuta com o

objeto de estudo e o sistema de categorização, sendo o pesquisador com maior experiência em ambos dentro do grupo de pesquisa do LTC-USP. Claramente, essa escolha metodológica acarreta um viés de pesquisa devido à dupla função do pesquisador enquanto terapeuta e categorizador. Porém, alguns estudos demonstraram que medidas de observação de comportamentos são menos sensíveis a vieses de expectativa do que questionários (Kent, O’Leary, Diament & Dietz, 1974; Shuller & McNamara, 1976). Além disso, no LTC-USP, Geremias (2014) replicou a metodologia de Oshiro, Kanter e Meyer (2012), porém separando a figura do terapeuta e do categorizador sem diferenças significativas nos resultados obtidos. Ambos conjuntos de evidências minimizam a importância deste viés ao ponto de, na elaboração do projeto de pesquisa, ser considerado aceitável caso explicitado.

Na tentativa de minimizar o viés ocasionado pelo duplo papel, uma terapeuta comportamental com oito anos de experiência clínica foi designada como aferidora de concordância. A aferidora era cega em relação à fase das sessões categorizadas e foi responsável por corroborar a fidedignidade da categorização do pesquisador.

7.4.2. Ambiente

As sessões ocorreram em uma sala de atendimento do LTC no CEIP-USP. Maiores detalhes sobre a sala foram descritos no Estudo II (capítulo 5).

7.4.3. Materiais

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): formulário de consentimento elaborado de acordo com as exigências da resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo H).

- Termo de Responsabilidade (TR): formulário assinado pelo aferidor de concordância, no qual ele se compromete a adotar uma postura de acordo com as diretrizes do Código de Ética Profissional do Psicólogo, que inclui, mas não se limita ao sigilo dos dados (Anexo I).

- Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ): questionário desenvolvido por Gillanders e colaboradores (2014), que consiste em sete afirmações sobre as reações do indivíduo aos seus próprios pensamentos, às quais ele deve assinalar, entre 0 (nunca verdadeira) e 7 (sempre verdadeira) a frequência com a qual ele se comporta dessa maneira (Anexo J). Estudos iniciais demonstraram boas propriedades psicométricas do CFQ, incluindo validade e teste-reteste (Campbell, 2010; Gillanders et al., 2014; McCracken, Da Silva, Skillicorn & Doherty, 2014).

Possui tradução e validação para a população brasileira (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Oliveira, 2017).

- Questionário de Valoração (VQ): questionário desenvolvido por Smout, Davies, Burns e Christie (2014), que consiste em 10 afirmações sobre o engajamento na última semana em atividades significativas e valorizadas pelo indivíduo, às quais ele deve assinalar seu grau de acurácia entre 0 (completamente falso) e 6 (completamente verdadeiro). Por não ter uma adaptação para o português, o VQ passou por um processo de tradução baseado nas recomendações de Borsa, Damásio e Bandeira (2012) para ser utilizado na pesquisa (Anexo K). Para isso, o instrumento foi inicialmente traduzido para português por dois brasileiros com fluência em inglês. Após a síntese das traduções, outro brasileiro com fluência em inglês traduziu a síntese para o inglês (i.e. tradução reversa). A comparação entre a versão original e a tradução reversa demonstrou correspondência satisfatória, possibilitando seu uso no Brasil, apesar da necessidade de futuras avaliações psicométricas para validá-lo junto à população.

- Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (GAD-7): questionário desenvolvido por Spitzer, Kroenke, Williams e Löwe (2006), que consiste em uma lista de 7 sintomas psicológicos aos quais o indivíduo deve assinalar a frequência com que os enfrentou nas últimas duas semanas entre 0 (nenhum dia) e 4 (quase todos os dias) (Anexo L). Um escore de 10 ou mais pontos é considerado como indicativo de TAG moderado, de acordo com o manual. Estudos indicam que o GAD-7 é um instrumento válido e sensível para o diagnóstico de TAG (Löwe et al., 2008; Spitzer et al., 2006; Swinson, 2006; Wild et al., 2014). Foi traduzido para o português (Pfizer Inc., 2005) e possui validação para a população brasileira (Moreno et al., 2016).

- Entrevista de Mudança Psicoterapêutica (EMP): Entrevista semi-estruturada elaborada por Elliott, Slatick e Urman (2001), com nove categorias de perguntas abertas a respeito da experiência do cliente na terapia, incluindo a experiência geral de terapia, as mudanças sentidas durante o processo terapêutico, as atribuições causais do cliente às mudanças, aspectos benéficos, prejudiciais, difíceis e ausentes no processo terapêutico, experiência geral de participação na pesquisa e sugestões a respeito da pesquisa ou da terapia (Anexo M).

- Gravador de voz embutido no celular Samsung J7.

- Sistema de Categorização das Respostas às Cognições do Cliente (SICARECC), sistema de categorização da interação terapeuta-cliente desenvolvido no Estudo III.

- *InqScribe*: software desenvolvido para a transcrição de áudios.

- *Microsoft Office Excel*: software desenvolvido pela Microsoft para a tabulação e análise de dados e elaboração de gráficos e tabelas.

7.4.4. Delineamento

Foram realizados três estudos de caso com delineamento de sujeito único A/A+B e análise de dados quantitativos e qualitativos. Na fase A, o terapeuta se engajou em comportamentos com os objetivos de desenvolver a aliança terapêutica, construir a conceituação de caso e estabelecer em conjunto com o cliente os objetivos terapêuticos. Já na fase A+B, o terapeuta continuou a perseguir os objetivos da fase A, mas também adotou procedimentos que buscam promover desfusão cognitiva.

Ao longo de ambas as fases, foram examinados dois conjuntos de variáveis dependentes. Em primeiro lugar, os escores nos questionários de autorrelato (CFQ, VQ e GAD-7). Em segundo lugar, as relações entre as categorias de falas do terapeuta e do cliente categorizadas por meio do SICARECC, como a frequência absoluta e relativa de categorias específicas; a frequência absoluta e relativa de sequências de categorias; e a probabilidade condicional da ocorrência uma categoria dada outra categoria. Já a análise qualitativa consistiu na descrição do processo terapêutico pelo terapeuta e pelas respostas fornecidas pelos participantes à EMP.

7.4.5. Procedimento

Os participantes foram selecionados a partir das triagens do CEIP e convidados para uma entrevista inicial. Nesta, o terapeuta buscou avaliar se o cliente preenchia os critérios de inclusão e exclusão do estudo através de uma entrevista clínica não-estruturada e da aplicação do GAD-7 e do CFQ. Um potencial participante foi excluído por já estar em psicoterapia com outro profissional e outros três foram incluídos e convidados a participar do estudo e preencher o TCLE, fornecendo seu consentimento revogável para a participação na pesquisa, incluindo o uso do equipamento de gravação. Como a participante excluída já estava em processo de terapia, não foi necessário encaminhá-la para atendimento psicológico.

Após a seleção, todos os participantes passaram por um processo de psicoterapia individual no qual foram atendidos pelo próprio pesquisador sob supervisão da orientadora em sessões semanais de duração entre 50 e 60 minutos. Na fase A, o terapeuta se engajou primariamente em comportamentos solicitação de relato, solicitação de reflexão, facilitação e empatia (cf. Zamignani, 2007) com o objetivo de construir a conceituação do caso, desenvolver

a aliança terapêutica e estabelecer em conjunto a direção da terapia em termos de objetivos e valores. O terapeuta tomou precauções ao se referir aos pensamentos do cliente, fazendo-o somente com os objetivos descritos acima e não para alterar o conteúdo das cognições (modificação de regras e autorregras) ou o impacto delas sobre o comportamento (desfusão cognitiva).

A conceituação de caso foi feita com base na metodologia da análise funcional a partir de dados coletados dos relatos do cliente em sessão e do seu comportamento em sessão (verificados na transcrição) e das respostas nas escalas; e apresentada por meio de um diagrama denominado Modelo de Caso Clínico Analítico-Funcional (FACCM; Haynes & O'Brien, 2000). A base do FACCM é a identificação das respostas do cliente envolvidas no problema clínico e as variáveis ambientais (históricas e atuais) relacionadas a elas. No diagrama, as respostas são apresentadas em retângulos e as variáveis ambientais em elipses. Uma vez identificadas as respostas e variáveis ambientais, são estabelecidas as relações funcionais entre elas por meio de setas uni ou bidirecionais. Em um diagrama FACCM tradicional, também seriam expressos valores numéricos relativos à mutabilidade da variável ambiental e a magnitude da relação funcional. Porém, estes não foram incluídos porque, como os próprios proponentes do FACCM afirmam, são estimativas e, portanto, não muito precisas (Haynes & O'Brien, 2000). Ademais, em um FACCM tradicional, variáveis históricas imutáveis seriam apresentadas por meio de losangos. Mas, para facilitar a visualização do padrão comportamental atual, tais variáveis foram descritas à parte, na seção de contingências históricas relevantes.

A transição entre as fases A e A+B seguiu as diretrizes de Kratochwill e colaboradores (2013) para pesquisas com delineamento de sujeito único, de modo que só ocorreu após um mínimo de 5 sessões na fase A, da construção de uma conceituação de caso preliminar satisfatória e da estabilidade dos dados do CFQ. Tal estabilidade foi verificada quantitativamente por uma variabilidade igual ou menor à 10% da média das últimas cinco sessões (cf. Costa & Cançado, 2012).

Adentrando na fase A+B, o terapeuta teve como objetivo reduzir o controle verbal sobre o comportamento do cliente, isto é, promover desfusão cognitiva. A escolha dos procedimentos selecionados para produzir desfusão cognitiva ficou a critério do terapeuta, para fazê-lo de acordo com a conceituação do caso e o momento da sessão em questão, garantindo sua autonomia e flexibilidade, características que aproximam o estudo de uma condição mais próxima do *setting* clínico natural, portanto aumentando sua validade externa. Após a transição de fase ocorreram quinze sessões, permitindo que o terapeuta tenha tempo suficiente para

promover desfusão cognitiva e avaliar os efeitos da intervenção no comportamento do cliente em diversos pontos de coleta. Desta forma, cada participante teve, no mínimo, vinte sessões.

Em relação a coleta de dados, o CFQ e o VQ foram aplicados no início de todas as sessões. Já o GAD-7, devido às diretrizes do questionário que solicita que o cliente responda sobre as duas últimas semanas, foi aplicado no início de sessões alternadas. Todas as sessões foram transcritas por meio do *InqScribe* e as falas do terapeuta e do cliente foram categorizadas pelo SICARECC, seguindo as diretrizes de transcrição e categorização especificadas no Estudo III.

Uma semana após o fim das sessões foi feita uma entrevista com os participantes na qual, além dos questionários, foi empregada a EMP com o objetivo de obter a compreensão do cliente do processo terapêutico, incluindo mudanças observadas, problemas persistentes e fatores (internos ou externos à terapia) que favoreceram ou dificultaram a mudança clínica (Elliott, Slatick & Urman, 2001). Assim, foi possível integrar as percepções do terapeuta e dos participantes a respeito do processo da terapia de modo qualitativo.

Três meses após a última sessão, está prevista uma sessão de *follow-up* com o objetivo de averiguar a manutenção de possíveis ganhos ocorridos durante a intervenção através do relato do cliente e o preenchimento dos questionários CFQ, VQ e GAD-7. Em função do prazo para depósito da tese, essa etapa ainda não foi concluída e, portanto, não será inserida neste texto.

Como mencionado, durante o decorrer dos atendimentos, as sessões foram transcritas pelo pesquisador e por auxiliares de pesquisa; e categorizadas pelo pesquisador. A categorização por meio do SICARECC foi corroborada por uma aferidora de concordância, treinada pelo pesquisador. O treinamento consistiu na leitura e discussão do sistema, categorização de uma sessão-teste e *feedback* do desempenho. A aferidora foi responsável por categorizar cerca de 10% das sessões de cada participante, mas, não teve acesso à categorização realizada pelo pesquisador e era cega à fase de cada sessão. Porém, ela teve acesso à conceituação de caso. A categorização do pesquisador foi considerada fidedigna se, na análise de concordância, o índice for igual ou maior a 0,6.

7.4.6. Análise de dados

A partir dos dados obtidos a partir do comportamento verbal e não-verbal dos participantes nas sessões, foram feitas conceituações de casos para os três pelo terapeuta, caracterizando para cada as informações básicas, queixa inicial, contingências históricas relevantes, classes de pensamentos clinicamente relevantes, análise funcional, recursos e

obstáculos na interação terapêutica. Também foi feita uma descrição qualitativa do processo terapêutico, indentificando as principais intervenções utilizadas em cada sessão.

Os dados quantitativos coletados durante o estudo foram submetidos a quatro tipos de análises diferentes, inicialmente de caráter intra-sujeito e, então, comparando os três participantes. Em primeiro lugar, os escores nos questionários CFQ, VQ e GAD-7 passaram por uma análise visual do gráfico (cf. Kratochwill et al., 2013; Lane & Gast, 2014) com o objetivo de identificar mudanças e tendências nos dados ao longo do tratamento, especialmente na comparação entre antes e depois do tratamento (efeito de terapia) e entre as duas fases (efeito de intervenção específica). A análise da manutenção das mudanças não foi incluída pois, em função do prazo para depósito da tese, a sessão de *follow-up* ainda não foi realizada.

Já os comportamentos do terapeuta e do cliente em sessão foram examinados a partir das categorias do SICARECC. De um lado, essas categorias foram analisadas em termos das frequências (absoluta e relativa) das diversas categorias em cada sessão, buscando avaliar, através da análise visual do gráfico, se houve diferenças entre as fases A e A+B ou ao longo do processo terapêutico. Do outro lado, foram realizadas análises sequenciais de frequência absoluta e relativa de pares de categorias recorrentes de uma categoria dada a ocorrência de outra categoria-alvo no *lag* 1 (turno imediatamente após a categoria-alvo) e *lag* 3 (três turnos após a categoria-alvo) (cf. Bakeman & Gottman, 1997; Bakeman & Quera, 2011; Greenberg, 1986). O *lag* 2 não foi avaliado uma vez que ele consiste na fala do mesmo membro da díade que se comportou na categoria-alvo e, portanto, não caracteriza uma interação.

Por fim, os relatos dos participantes na EMP foram transcritos e analisados por meio da *Grounded Theory*. Em função da variedade metodológica englobada pela *Grounded Theory* desde sua criação (Glaser & Strauss, 1967), é importante destacar que foram adotados os princípios estabelecidos por Strauss e Corbin (1990), em especial a categorização aberta e a categorização axial.

A categorização aberta consiste na decomposição da fala do participante em partes discretas que consistem em uma única unidade de sentido (cf. Elliott, Slatick & Urman, 2001). Estas unidades fundamentais são então analisadas em busca de similaridades e diferenças para construir e nomear categorias específicas. A partir destas categorias, o processo de categorização axial permite que estas categorias sejam agrupadas em categorias maiores, criando uma hierarquia entre elas. Porém, seguindo as recomendações de Elliott, Slatick e Urman (2001), o paradigma de categorização axial adotado por Strauss e Corbin (1990) e potencialmente limitante para o fenômeno de interesse não foi utilizado, permitindo ao pesquisador construir suas próprias categorias baseadas nas perguntas do EMP.

7.5. Aspectos Éticos

O delineamento A/A+B implica que o terapeuta evitou utilizar estratégias para promover a desfusão cognitiva durante a fase A e priorizou tais intervenções na fase A+B. Porém, a fase A implica em componentes ativos da psicoterapia, comuns a diferentes modalidades terapêuticas (cf. Castonguay & Beutler, 2006), de modo que é previsto que ela também possa contribuir para a melhora do cliente. Ademais, o estudo terá como alicerce norteador os princípios e diretrizes do Código de Ética Profissional do Psicólogo do Conselho Federal de Psicologia e a resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Portanto, o bem-estar do participante é uma prioridade, de modo que diante de indícios iatrogênicos do tratamento ou situações que requeiram um manejo diferente, o terapeuta deveria abandonar a metodologia proposta em prol de estratégias avaliadas como mais adequadas à situação e ao cliente.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número de processo CAAE 59240316.4.0000.5561.

7.6. Resultados

7.6.1. Conceituação do caso Heitor⁶

Informações básicas

Heitor tem 20 anos, é estudante na área de ciências humanas em universidade pública⁷, solteiro e mora com um colega de faculdade em São Paulo. Seus pais moram em uma cidade grande no interior paulista (onde nasceu) e possui uma irmã de 23 anos. Ele já teve duas experiências com psicoterapia durante a infância relativo a queixas de hiperatividade e atualmente está sob acompanhamento psiquiátrico, tomando cloridato de sertralina e cloridato de buspirona, cujas doses permaneceram constante ao longo das sessões.

Queixa inicial

A queixa inicial de Heitor girou em torno de preocupações constantes a respeito de seu desempenho acadêmico e futuro profissional. Apesar de se sentir responsável por esse

⁶ Os nomes dos participantes são fictícios para fins de sigilo.

⁷ Informações pessoais dos participantes que poderiam comprometer o sigilo foram excluídas ou expostas de modo genérico.

futuro, relata que procrastina muito e não costuma estar satisfeito com o seu desempenho. Na entrevista inicial, obteve escores de 20 pontos no GAD-7 e de 41 pontos no CFQ.

Contingências históricas relevantes

Desde a infância, Heitor era um garoto agitado, com muita energia, demonstrando preferência pelos temas de lutas e guerras, frequentemente assistindo filmes sobre o tema, praticando artes marciais e se engajando em brincadeiras de faz-de-conta em sua própria imaginação ou com o melhor amigo que compartilhava seus interesses. Porém, tais interesses foram recebidos com críticas e cobranças dos pais e diversos educadores, que constantemente forneciam instruções de que ele deveria focar em seus estudos e expressando expectativas altas em termos de conduta e desempenho acadêmico (que se encontrava na média), inclusive buscando ajuda psicológica para ele neste momento. Gradualmente, Heitor passou a obedecer mais às instruções. Este conflito atingiu o seu ápice durante o ensino médio, quando após uma bronca da coordenação e uma demonstração de extrema tristeza e decepção por parte da mãe, ele começou a planejar seus estudos e se dedicar com mais afinco.

Além dos conflitos com pais e educadores, Heitor também relata ter constantes conflitos com a irmã em função de diferenças de personalidade, culminando em explosões de raiva da irmã. Na resolução do conflito, não sabia se defender de modo tão articulado quanto a irmã, sendo usualmente castigado pela briga e se sentindo injustiçado.

No final do ensino fundamental, Heitor passou por uma situação de rejeição, na qual seu melhor amigo de infância o trocou por um grupo de colegas mais popular na escola. Após algum tempo mais solitário, encontrou um novo grupo de amigos no ensino médio com quem compartilhava gostos e mantém próximos até hoje. Ele também relatou situações de decepções amorosas na qual foi ridicularizado por amigos ao demonstrar seu interesse por uma menina e na qual se afastou de uma amiga por quem tinha sentimentos após uma briga. Após isso, poucas vezes tentou algo neste sentido, tendo experiência limitada neste âmbito.

Ao entrar na faculdade, mudou-se para São Paulo e enfrentou um momento de difícil adaptação em decorrência de déficits de autonomia e dificuldades iniciais em se adaptar ao conteúdo e metodologia de ensino universitário. Durante esse período, se aproximou de um grupo de colegas na faculdade, que era marcado pela forte presença de brincadeiras constrangedoras entre os membros. Após um episódio de intensa humilhação pública, no qual se viu vítima de ataques uma grande parcela da classe, sendo ridicularizado por ações socialmente inadequadas, se afastou destas pessoas.

Atualmente, se dedica a três caminhos de carreira distintos: historiador, escritor de livros de fantasia ou ficção histórica e quadrinista.

Em resumo, observa-se uma história de contingências marcada por punições sociais em termos de críticas, responsabilizações sobre deveres e rejeições sociais ao não se comportar de acordo com os parâmetros socialmente estabelecidos em termos de estudos, obediência e habilidades sociais. Em função desta história, Heitor desenvolveu uma série de estratégias de esquivas destas punições que contribuem para o seu sofrimento psicológico em longo prazo (cf. seção de análise funcional).

Classes de pensamentos clinicamente relevantes

Durante a conceituação de caso, foram identificadas quatro classes de respostas de pensar recorrentes de Heitor que provavelmente exercem efeitos prejudiciais de grande magnitude sobre o seu comportamento: responsabilizar, preocupar, ruminar e fatalizar (Tabela 11).

Responsabilizar são frases de obrigações a respeito de como ele deveria agir, em geral relacionados à produtividade em demandas acadêmicas ou artísticas ou modo de conduta morais (e.g., “Eu deveria estar lendo mais, eu deveria estar dando mais tempo da minha vida, eu deveria estar investindo mais de mim nessa área, que é de pesquisa”).

Preocupar são frases que frequentemente expandem as de responsabilização ao conectar o não-engajamento nas ações prescritas com possíveis consequências aversivas, especialmente de longo prazo e relacionadas à carreira e ao julgamento social (e.g. “Se eu ler esses textos eu vou ser um historiador melhor, acho eu. Vou ter mais cultura, mais base depois. Não vou ser medíocre. Vou ser melhor do que eu seria se não tivesse lido esses textos, talvez. Como historiador e, talvez, como pessoa”).

Ruminar são frases de arrependimento sobre não ter se engajado nas ações prescritas, frequentemente carregadas de autojulgamentos negativos (e.g., “É uma sensação de estar meio degenerando, sabe? Porque pô, eu já li tanto mais em uma semana do que eu estou lendo agora. E eu não deixava de ler um texto ou se eu deixava era só um e eu lia outros quatro, sabe? Eu também escrevia muito mais, já fiz trabalhos de dez ou vinte páginas. E eu escrevi, tal, me esforcei, peguei, sentei e fiquei escrevendo, escrevendo, escrevendo, fazendo aqui, colocando fonte. Por que agora eu não consigo? Ou por que eu sempre deixo para a última hora? Eu percebo que todo ano é a mesma coisa. Todo ano chega no final do ano e é aquela coisa que acumulou”).

Fatalizar são frases que estabelecem consequências aversivas a despeito de seu comportamento, de modo que sua ocorrência está fora de seu controle. Isso é especialmente presente em situações de interações sociais, que levariam, com certeza, a punições sociais (e.g., “Que ela é uma pessoa difícil de lidar. Que às vezes ela é brava demais, arisca demais, venenosa demais, ácida demais. Mas que eu tenho que aguentar. Se eu falar alguma coisa, se eu reclamar vai ser pior, se eu confrontar de frente vai ser pior”).

Também foi identificada uma classe de respostas de fantasiar que exerce forte influência sobre o seu comportamento. Porém, a análise indica que atualmente este exerce função de aproximá-lo de reforçadores positivos importantes, como histórias e ficção, inclusive auxiliando-o no processo criativo de escrever estórias e quadrinhos. É possível que tal comportamento já tenha tido uma dupla função durante sua infância de fugir de contextos externos aversivos de isolamento social. Entretanto, esta função parece não ser mais relevante no presente e não manter esse comportamento. Portanto, tal classe não foi considerada um problema clínico, mas sim algo a ser fortalecido em seu repertório.

Tabela 11

Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Heitor

Classe de pensar	Descrição	Exemplos
Responsabilizar	Obrigações e deveres a respeito de como se comportar de forma produtiva e moralmente correta.	“Eu deveria estar lendo mais, eu deveria estar dando mais tempo da minha vida, eu deveria estar investindo mais de mim nessa área, que é de pesquisa.”
Preocupar	Afirmações sobre possíveis fracassos e julgamentos futuros caso se comporte ou deixe de se comportar de determinada maneira.	“Se eu ler esses textos eu vou ser um historiador melhor, acho eu. Vou ter mais cultura, mais base depois. Não vou ser medíocre. Vou ser melhor do que eu seria se não tivesse lido esses textos, talvez. Como historiador e, talvez, como pessoa.”
Ruminar	Afirmações de arrependimento com caráter autodepreciativo sobre ter se comportado de modo contrário ao prescrito.	“É uma sensação de estar meio degenerando, sabe? Porque pô, eu já li tanto mais em uma semana do que eu estou lendo agora. E eu não deixava de ler um texto ou se eu deixava era só um e eu lia outros quatro, sabe? Eu também escrevia muito mais, já fiz trabalhos de dez ou vinte páginas. E eu escrevi, tal, me esforcei, peguei, sentei e fiquei escrevendo, escrevendo, escrevendo, fazendo aqui, colocando fonte. Por que

		agora eu não consigo? Ou por que eu sempre deixo para a última hora? Eu percebo que todo ano é a mesma coisa. Todo ano chega no final do ano e é aquela coisa que acumulou.”
Fatalizar	Afirmações sobre julgamentos futuros que ocorrerão com certeza, a despeito do seu comportamento.	“Que ela é uma pessoa difícil de lidar. Que às vezes ela é brava demais, arisca demais, venenosa demais, ácida demais. Mas que eu tenho que aguentar. Se eu falar alguma coisa, se eu reclamar vai ser pior, se eu confrontar de frente vai ser pior.”

Análise funcional

A Figura 19 apresenta a análise funcional do caso Heitor por meio do modelo FACCM, que será melhor descrita na sequência.

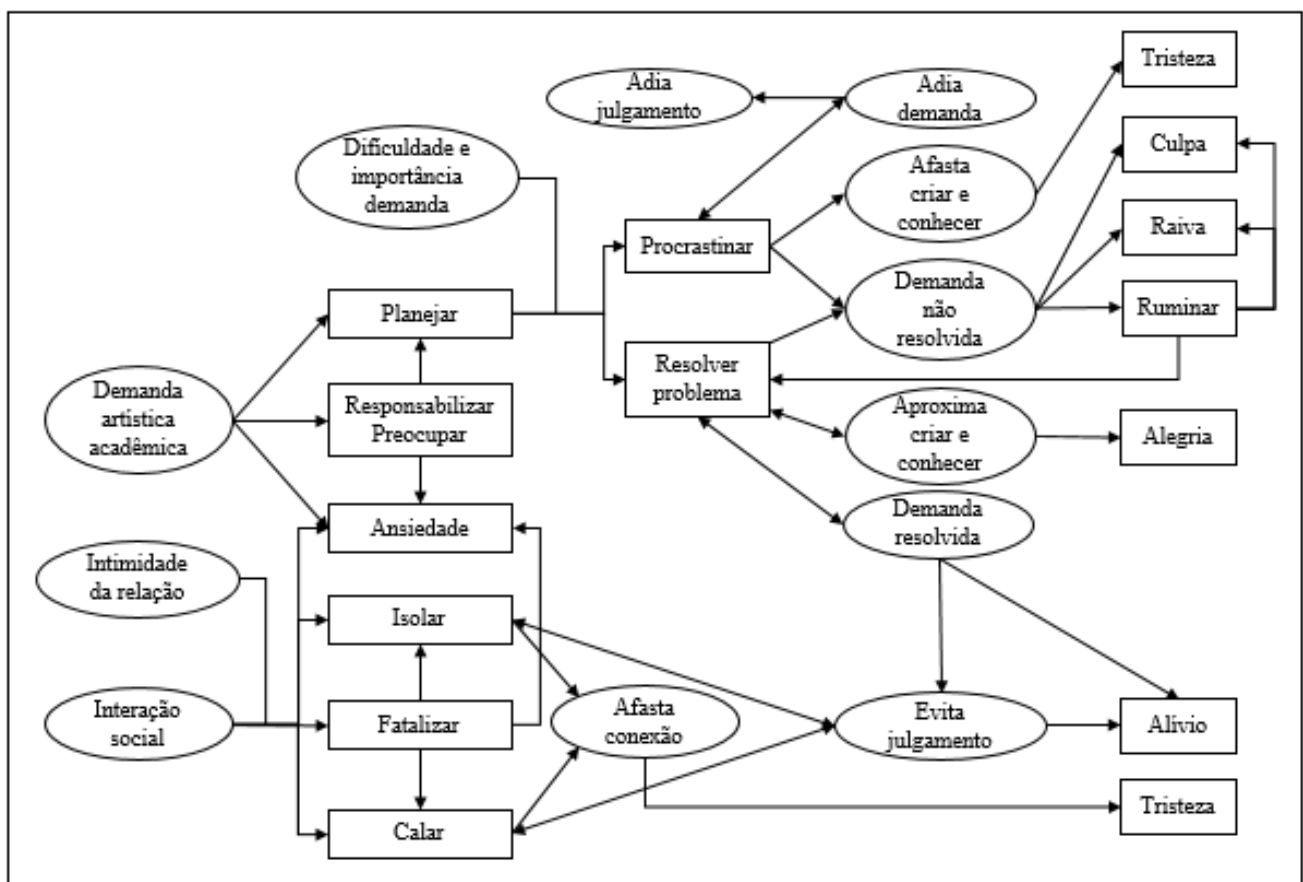


Figura 19. Análise funcional do caso Heitor. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores.

Foram identificadas duas situações clinicamente significativas relacionadas ao sofrimento de Heitor: demandas acadêmicas ou artísticas e interações sociais. Diante de demandas da faculdade (leitura de textos, estudo para provas ou realização de trabalhos) ou de seus projetos artísticos pessoais (lições de desenho, realização de histórias em quadrinho ou capítulos de livros de ficção), ele tende a se sentir ansioso, pensar a respeito de suas obrigações e possíveis consequências de curto e longo prazo de se engajar ou não na demanda e planejar sua rotina de forma a dar conta da tarefa. O ato de se responsabilizar e de se preocupar conecta verbalmente a demanda presente com possíveis eventos aversivos de alta magnitude, especialmente fracassos de carreira e decorrentes julgamentos, aumentando a ansiedade experienciada e a probabilidade do cliente planejar.

Após planejar, dois tipos de respostas podem ocorrer. De um lado, ele pode se engajar na resolução do problema; do outro lado, ele pode procrastinar. A determinação da resposta emitida é parcialmente moderada pela dificuldade e importância da demanda. Caso ele procrastine, a demanda e o possível julgamento são adiados temporariamente (reforçamento negativo), porém levando ao afastamento dos valores de criar e conhecer (eliciando tristeza) e, em última instância, não resolvendo a demanda (eliciando culpa e raiva de si), caracterizando os custos e a inefetividade em longo prazo daquele comportamento. A não-resolução da demanda também evoca o comportamento de ruminar, potencializando os sentimentos de culpa e raiva e podendo levar à resolução da demanda ou não, reiniciando o ciclo ruminativo, potencialmente dependendo muito tempo e energia, aumentando ainda mais a culpa e a raiva. Caso Heitor se engaje na resolução da demanda, ele pode resolvê-la ou não. No último caso, o ruminar e os sentimentos de culpa e raiva ocorrem. Mas, caso ele resolva a demanda com sucesso, ele se aproxima dos valores de criar e conhecer (eliciando alegria) e evita julgamentos sociais (eliciando alívio).

Já em relação às situações de interações sociais, Heitor comumente reage, a depender da intimidade da relação, com respostas de ansiedade, isolamento, silenciamento e fatalismo a respeito do julgamento do outro. Ao conectar o seu comportamento com consequências sociais aversivas certas, o fatalizar aumenta a probabilidade das respostas de calar e isolar, além da ansiedade sentida. Ao se isolar ou calar, ele evita possíveis julgamentos sociais (reforçamento negativo), eliciando alívio, mas se afastando de conexões com pessoas importantes em sua vida (eliciando tristeza e caracterizando o custo deste padrão de comportamento).

Recursos

Heitor demonstrou alguns recursos cognitivos que podem ser utilizados para otimizar os efeitos da terapia, como sua curiosidade por aprender coisas novas, capacidades criativa e artística bem desenvolvidas e pensamento crítico.

Obstáculos na interação terapêutica

Dentre os possíveis obstáculos para o manejo clínico decorrentes da dinâmica de interação entre o terapeuta e o cliente, foi analisado que a tendência do cliente em falar de modo analítico e filosófico poderia interagir com as características pessoais do terapeuta e favorecer diálogos com poucas descrições a respeito dos sentimentos e das vontades de Heitor. Caso ocorresse, esse padrão de interação poderia funcionar como esquiva da própria experiência (Hayes et al., 1996) ou de situações interpessoais vulneráveis (Cordova & Scott, 2001; Vandenberghe & Pereira, 2005), prejudicando a coleta de dados e o desenvolvimento de uma aliança terapêutica íntima. No âmbito da FAP, esse possível comportamento do terapeuta evocado pelo comportamento do cliente é conceituado como um comportamento problema do terapeuta (T1), a ser observado e manejado durante as sessões (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009).

7.6.2. Conceituação do caso Laís

Informações básicas

Laís tem 24 anos, é estudante na área de ciências humanas em universidade pública, solteira e mora com os pais e uma irmã de 21 anos. Também possui um irmão de 25 anos, que mora no interior do estado. Trabalha como estagiária na faculdade, acompanhante terapêutica em uma escola e participa ativamente do movimento estudantil. Ela já teve duas experiências com psicoterapia psicodinâmica no ano passado, mas terminou o processo dentro de poucas sessões.

Queixa inicial

A queixa inicial de Laís girou em torno de preocupações a respeito da sua capacidade de dar conta das demandas de faculdade, do emprego e do movimento estudantil e sua vontade de aumentar o autoconhecimento. Na entrevista inicial, obteve escores de 10 pontos no GAD-7 e de 35 pontos no CFQ.

Contingências históricas relevantes

Laís cresceu em um ambiente familiar com modelos parentais de minimizar e esconder os sentimentos e práticas de julgar as atitudes dos demais membros. A partir das narrativas dos pais, ela se descreve como uma criança inicialmente segura e assertiva, mas que gerava preocupação e cuidados parentais extras em termos de seu desenvolvimento escolar. Pelos pais e professores, era descrita como alguém esforçada, mas, não necessariamente inteligente. Durante este período, a família tinha uma vida economicamente muito confortável.

Ao mudar de escola, no início do ensino fundamental, teve dificuldades de socialização, permanecendo inicialmente mais isolada. Com o tempo, passou a integrar um grupo de amigas marcado pela hierarquia e condicionalidade das relações, com uma menina exercendo poder sobre as demais e as vantagens decorrentes do poder econômico de sua família sendo um atrativo dentro do grupo.

Mas, este cenário que foi drasticamente alterado após algumas decisões de negócio fracassadas do pai, forçando a família a cortar custos e os filhos a assumirem responsabilidades no cuidado do lar, com Laís assumindo grande parte dos afazeres do lar e do cuidado de sua irmã.

Após a crise econômica familiar, Laís passou a progressivamente sentir uma diferença entre ela, enquanto bolsista em colégio particular de metodologia Waldorf e os demais alunos, que pagavam a mensalidade integral. Essa sensação foi intensificada no seu primeiro emprego após formada, como vendedora em uma loja de roupas de grife, e depois em sua primeira faculdade, também particular. A questão do dinheiro também permeou momentos de exclusão, quando a escola bloqueou sua entrada após um problema com sua bolsa de estudos e o clube esportivo terminou sua bolsa após se machucar nos treinos.

Entre a experiência na loja e na faculdade, passou um ano no exterior, realizando trabalhos em troca de moradia e alimentação na Austrália e na Europa. Durante a estadia em um desses trabalhos, sofreu abuso sexual do dono da residência, evento interrompido pela chegada da esposa do abusador. Após alguns dias fechada e retraída, construiu uma rede de apoio em outras meninas que chegaram para trabalhar no mesmo local e que, a partir de conversas, ajudaram-na a nomear o que tinha sofrido. Inicialmente, escondeu a experiência de abuso das demais pessoas de sua vida até revelar, anos depois, de uma forma pública durante uma apresentação de teatro da faculdade.

Retornando do ano no exterior, entrou em faculdade particular e depois pediu transferência para universidade pública, no mesmo curso. Nesse ambiente, se aproximou do movimento estudantil, integrando lutas discentes e sociais com muito vigor e sendo reconhecida na faculdade como uma pessoa representativa dessas lutas, a quem se podia pedir

ajuda. Porém, esse movimento é unidirecional, e ela pouco procura outras pessoas diante de dificuldades. Recentemente, tem sentido que o movimento estudantil é caracterizado por uma forte hierarquia, marcado por julgamentos e expectativas do que deve ser feito e falado, com risco de duras críticas caso não o faça. Essas características são personificadas na figura de seu ex-namorado, também do movimento, que terminou com a cliente pouco antes do início da terapia e estabelecia uma relação vertical e invalidante com ela. Ela descreve que também teve uma relação vertical, na qual tinha pouco espaço para seus interesses, no relacionamento com outro ex-namorado, no colégio.

Laís teve uma série de trabalhos em instituições nas quais discordava das práticas, mas se sentia impotente para mudá-las. Diante disso, acabava pedindo demissão após desentendimentos com outros funcionários. Atualmente, divide sua vida entre os trabalhos (acompanhante terapêutica e monitora), aulas da faculdade, estágios obrigatórios do curso e participação no movimento estudantil, passando o dia todo fora de casa, sem tempo para atividades pessoais (como música, natação e saída com amigos), apresentando fadiga constante e enfermidades recorrentes.

Em resumo, observa-se uma história de vida marcada por contingências de aceitação condicional, no qual muitos dos seus relacionamentos eram marcados por uma relação na qual ela seria aceita e amada desde que cumprisse alguns requisitos, como desempenho, status econômico ou passividade. Desobediências dessas condicionalidades frequentemente levaram a críticas e, em casos mais graves, abandonos.

Classes de pensamentos clinicamente relevantes

Durante a conceituação de caso, foram identificadas três classes de respostas de pensar recorrentes de Laís que provavelmente exercem efeitos prejudiciais de grande magnitude sobre o seu comportamento: invalidar, preocupar e ruminar (Tabela 12).

Invalidar são frases que minimizam ou devalorizam os sentimentos, opiniões, vontades e capacidades da cliente, muitas vezes em detrimento das necessidades de outras pessoas (e.g., “Tipo, meu deus, será que eu estou capacitada mesmo para fazer isso? Porque essa pessoa faz tão bem. Eu não sei se eu vou fazer tão bem quanto deveria ou podia”).

Preocupar são frases que conectam as ações da cliente com o impacto em outras pessoas, em geral possíveis julgamentos a respeito do quão inteligente ou legal ela é, muitas vezes acompanhadas de comparações interpessoais (e.g., “E aí eu parei, mas eu fiquei pensando o dia inteiro, assim, tipo, está todo mundo apostando as fichas em mim. O colégio está apostando as fichas em mim, essa mulher está apostando as fichas em mim, toda matéria,

o tempo todo, sou eu apostando as fichas em mim para ver se vai dar certo, se eu vou tirar...E aí eu fico, meu Deus, o que eu vou escolher?”).

Ruminar são análises explicativas a respeito do comportamento passado da cliente, buscando identificar o porquê de ela ter agido de determinada forma, porém de um modo confuso, que não chega em uma conclusão clara que direciona para ações (e.g., “Só que aí começam várias brigas na minha cabeça porque eu não sei se deveria fazer isso, porque para mim não parece muito lógico ficar, sabe? Mas também não parece muito lógico, se eu estou triste, eu demonstro, mas não falo. Acho que eu sou muito assim, não falo nada para as pessoas. Ah, está tudo bem, tudo bem. Mas claramente não está tudo bem e todo mundo consegue ver que não está tudo bem, mas eu não consigo falar. Eu não consigo esconder em um nível de ficar, ah está tudo bem”).

Tabela 12

Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Laís

Classe de pensar	Descrição	Exemplos
Invalidar	Afirmações que minimizam ou desvalorizam sentimentos, opiniões, vontades e capacidades da cliente.	Tipo, meu deus, será que eu estou capacitada mesmo para fazer isso? Porque essa pessoa faz tão bem. Eu não sei se eu vou fazer tão bem quanto deveria ou podia
Preocupar	Afirmações sobre o impacto de seu comportamento em outras pessoas, conectando-o com possíveis julgamentos.	E aí eu parei, mas eu fiquei pensando o dia inteiro, assim, tipo, está todo mundo apostando as fichas em mim. O colégio está apostando as fichas em mim, essa mulher está apostando as fichas em mim, toda matéria, o tempo todo, sou eu apostando as fichas em mim para ver se vai dar certo, se eu vou tirar...E aí eu fico, meu Deus, o que eu vou escolher?
Ruminar	Tentativas de explicar o seu próprio comportamento passado de forma confusa e que não culmina em ações práticas.	Só que aí começam várias brigas na minha cabeça porque eu não sei se deveria fazer isso, porque para mim não parece muito lógico ficar, sabe? Mas também não parece muito lógico, se eu estou triste, eu demonstro, mas não falo. Acho que eu sou muito assim, não falo nada para as pessoas. Ah, está tudo bem, tudo bem. Mas claramente não está tudo bem e todo mundo consegue ver que não está tudo bem, mas eu não consigo falar. Eu não consigo esconder em um nível de ficar, ah está tudo bem

Análise funcional

A Figura 20 apresenta a análise funcional do caso Laís por meio do modelo FACCM, que será melhor descrita na sequência.

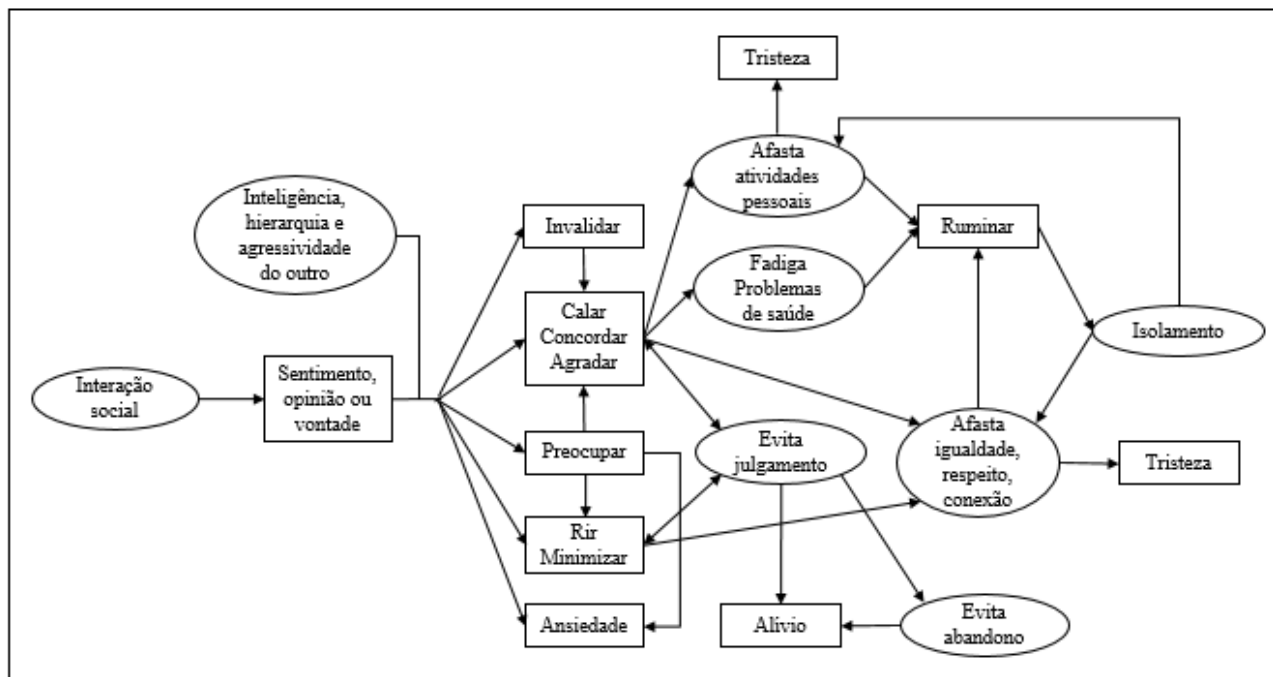


Figura 20. Análise funcional do caso Laís. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores

Foi identificada uma situação clinicamente significativa relacionada ao sofrimento de Laís: interações sociais diante das quais ela tem reações encobertas (sentimentos, opiniões ou vontades) que muitas vezes entram em conflito com os interesses ou expectativas dos outros. Diante destes cenários, Laís desenvolveu um repertório de habilidades sociais amplo, porém rígido, pautado pela esquia de julgamentos e, conseqüentemente, abandonos. Este repertório é especialmente forte quando a outra pessoa é agressiva, inteligente ou uma figura de autoridade.

Nestas situações, Laís sente ansiedade e tem pensamentos de invalidação ou preocupação sobre seu impacto no outro. Ambos os tipos de pensamentos contribuem para aumentar ainda mais a probabilidade de que ela se cale, concorde com a outra pessoa, ou obedeça aos pedidos e expectativas desses, deixando de expressar seus sentimentos, opiniões e assertir suas vontades. Com isso, ela se esquia de possíveis julgamentos. Em outros momentos, ela consegue expressar seus eventos privados, mas costumeiramente acaba

minimizando-os ou forçando uma risada em situações emocionalmente carregadas, alterando o impacto deles sobre a outra pessoa e, novamente, evitando possíveis julgamentos.

No entanto, o padrão de esquiva de julgamento, ainda que muitas vezes efetivo, produz custos relacionados ao seu sofrimento psicológico. Em primeiro lugar, ela se afasta de construir relações pautadas na igualdade, no respeito e na intimidade, qualidades que ela valoriza. Em segundo lugar, ao agir de acordo com as vontades de outras pessoas, acaba não se engajando em atividades pessoais importantes para ela, como estudos, esportes, música e eventos sociais. Em terceiro lugar, esse padrão demanda muita energia, muitas vezes comprometendo sua energia para outras atividades e imunidade, consequentemente acarretando em enfermidades frequentes e, por vezes, sérias para a sua saúde.

Ao sentir estes custos, Laís frequentemente se sente triste e ruma, se engajando em tentativas de analisar a sua vida. Além de frequentemente não levarem a conclusões claras e soluções práticas, se isola no processo, contribuindo ainda mais para seu afastamento de atividades valorizadas.

Recursos

Laís demonstrou alguns recursos interpessoais e de resolução de problemas que podem ser utilizados para otimizar os efeitos da terapia, como sua proatividade em lidar com demandas e sua capacidade empática.

Obstáculos na interação terapêutica

Dentre os possíveis obstáculos para o manejo clínico decorrentes da dinâmica de interação entre o terapeuta e o cliente, foi analisado que a tendência da cliente a rir diante de situações emocionalmente carregadas para minimizá-las poderia evocar o T1 do terapeuta de rir e reforçar este padrão de esquiva experiencial (Hayes et al., 1996) ou de situações interpessoais vulneráveis (Cordova & Scott, 2001; Vandenberghe & Pereira, 2005), prejudicando a coleta de dados e o desenvolvimento de uma aliança terapêutica íntima. Ademais, seu déficit de autoconhecimento é capaz de evocar outro T1 do terapeuta de fornecer análises funcionais prontas para a cliente ao invés de buscar investigar de modo mais exploratório e experiencial as causas de seu comportamento. Caso isso ocorresse, poderia haver efeitos colaterais negativos para a cliente, como uma menor sensibilidade ao seu ambiente, uma redução na sua autonomia e a promoção de um padrão de aquiescência, concordando com o terapeuta apesar de discordar da análise (Medeiros, 2010). Considerando a dificuldade da

cliente em ser assertiva e seu déficit de autoconhecimento, tais efeitos seriam ainda mais prejudiciais ao processo terapêutico.

7.6.3. Conceituação do caso Carolina

Informações básicas

Carolina tem 24 anos, é estudante na área de ciências exatas em universidade pública e mora com a namorada em república com outros colegas. Possui uma irmã de 13 anos e um irmão de 20 anos, que ainda moram com os pais. Ela já passou por um breve acompanhamento psiquiátrico no ano anterior durante o qual tomou cloridato de sertralina, porém logo abandonou a medicação após efeitos colaterais indesejados; e por acompanhamento psicológico com outra psicóloga por vinte sessões nos meses anteriores ao início da pesquisa, durante o qual afirma ter tido ganhos significativos de autoconhecimento (especialmente em relação ao impacto de sua história de vida no comportamento atual), porém se sentir pressionada pela terapeuta a tomar ações nas últimas sessões.

Queixa inicial

A queixa inicial da cliente girou em torno de episódios de ansiedade relacionados ao bem-estar da sua família, futuro profissional, isolamento social de amigos e manutenção do relacionamento com namorada. Apesar das preocupações sobre essas áreas de sua vida, também relata estar desmotivada em relação a mudar sua condição e resolver estas questões. Na entrevista inicial, obteve escores de 10 pontos no GAD-7 e de 43 pontos no CFQ.

Contingências históricas relevantes

Carolina cresceu em um ambiente familiar marcado pelo autoritarismo e pela violência por parte de seu pai, no qual ele constantemente controlou as ações de sua mãe, iniciou brigas e a ameaçou por ciúme excessivo e agrediu, fisicamente e verbalmente, a cliente e seu irmão, ao ser contrariado. Esse padrão ainda é muito presente atualmente com exceção da violência física, que terminou há três anos; e forte ao ponto de ela recorrentemente acordar de manhã com sobressaltos e crises de ansiedade diante de ruídos altos. A mãe também foi descrita como uma pessoa verbalmente agressiva.

A condição econômica da família nunca foi confortável e piorou com a demissão da mãe e sua conseqüente mudança de profissão. O irmão realiza trabalhos informais para ajudar nas despesas da casa e o pai ocasionalmente trabalha com o filho ou faz vendas na garagem de

casa. A questão financeira sempre foi um tema importante na família, de modo que seus membros valorizam muito pessoas bem-sucedidas e com bons salários.

Durante todo o ensino médio, Carolina esteve em um relacionamento abusivo com um homem, que iniciava brigas verbais quando ela saía de casa ou encontrava seus amigos do bairro. Consequentemente, ela passou por um período de isolamento social e retraimento de atividades prazerosas, somente retomando essa parte de sua vida ao entrar no cursinho, conhecer novos amigos e terminar o namoro. Porém, nunca retomou de fato os amigos do bairro.

Ela sempre estudou em escola pública, onde teve um bom desempenho acadêmico e conseguiu entrar em uma universidade pública na área de exatas. Porém, encontrou dificuldades em se adaptar ao novo contexto, no qual se sentia inferior aos demais colegas em termos econômicos e intelectuais e teve experiências de fracasso acadêmico ao reprovar uma matéria e ter dificuldades ao realizar iniciação científica com um orientador ausente. Em função disso, passou a se retrair progressivamente e teve dificuldades em se aproximar dos colegas, havendo poucos com os quais manteve alguma relação mais sólida.

Durante a faculdade, passou a se identificar como bissexual e teve um namorado e uma namorada. Com ambos desenvolveu uma relação forte e passavam a ser os grandes focos do comportamento dela, porém terminaram o relacionamento quando ela estava em um momento mais deprimido, nas próprias palavras da cliente, com pouca motivação para realizar as demandas da faculdade e de socializar.

Recentemente, começou a namorar outra mulher, com quem passou a morar junta fora da casa dos pais. Atualmente procura estágio e estuda inglês para melhorar o seu currículo, porém relata procrastinar na hora de se engajar nessas atividades, passando grande parte do dia fechada em casa, sozinha, pensando em como resolver os problemas que lhe afligem, como a situação da casa da família e sua carreira profissional.

Em resumo, observa-se uma história de vida inicialmente marcada por contingências de violência, especialmente nas mãos do pai e ex-namorado. Como forma de se defender, aprendeu a reagir de forma passiva, evitando se expor a outras situações de vulnerabilidade interpessoal, com exceção de namoros, onde despendia grande parte de seu tempo e energia. Mas ao fazê-lo, acabou se afastando de outros elementos importantes em sua vida (cf. seção de análise funcional).

Classes de pensamentos clinicamente relevantes

Durante a conceituação de caso, foram identificadas quatro classes de respostas de pensar recorrentes de Carolina que provavelmente exercem efeitos prejudiciais de grande magnitude sobre o seu comportamento: responsabilizar, preocupar, fatalizar e ruminar (Tabela 13).

Responsabilizar são frases de obrigações e deveres a respeito de condutas que são socialmente esperadas, especialmente no âmbito da carreira e de seu papel familiar (e.g., “Que meu foco era preciso de um trabalho. Tudo bem, eu poderia viver com minha bolsa da faculdade e viver assim na casa dos meus pais de boa. Mas não, preciso de um trabalho, nem que seja de graça. Para poder cumprir com o estágio, não sair da graduação sem estágio”).

Preocupar são frases que expandem as de responsabilizar ao conectar seu comportamento com o possível impacto em outras pessoas, em geral julgamentos de que ela não é interessante ou esperta; ou o não-engajamento com tarefas acadêmicas ou laborais com problemas futuros em sua carreira. (e.g., “Eu estudei tanto tempo e aí, faço o que agora? Será que eu sei trabalhar? Será que eu sei ir pra industria e, nossa, vou usar tudo que aprendi na faculdade? Tem um monte de coisa que a gente esquece. E aí? É essa a sensação”).

Fatalizar são frases que estabelecem um futuro negativo certo, a despeito das tentativas dela em mudá-lo, em geral um no qual não dá conta dos deveres da vida adulta de organização e trabalho ou de manter relacionamentos por ser desinteressante (e.g., “Eu fiquei muito afastada, tentei me aproximar, mas não deu certo. E o meu grupo de amigos da faculdade eu simplesmente não consigo conviver. Para mim não dá certo”).

Ruminar são frases de arrependimento sobre não ter se engajado nas ações prescritas, frequentemente carregadas de autojulgamentos negativos (e.g., “Eu contei: entrei em 2014 e comecei a contar o quanto de tempo eu estava ali. Disso, que eu já falei, de pensar que ia ser difícil. De tipo, estar a tanto tempo em uma coisa que não sei se faz sentido para mim. Tipo, o que eu estou fazendo? Eu faço uma coisa e faço de forma ruim, eu não consigo concluir do jeito que eu queria. Ah, essas coisas, tudo negativo”).

Tabela 13

Classes de pensamentos clinicamente relevantes no caso Carolina

Classe de pensar	Descrição	Exemplos
Responsabilizar	Obrigações e deveres a respeito de condutas que são socialmente esperadas, especialmente em relação ao seu papel familiar e carreira.	“Que meu foco era preciso de um trabalho. Tudo bem, eu poderia viver com minha bolsa da faculdade e viver assim na casa dos meus pais de boa. Mas não, preciso de um trabalho, nem que seja de graça. Para poder cumprir com o estágio, não sair da graduação sem estágio.”
Preocupar	Afirmações sobre possíveis fracassos e julgamentos futuros caso se comporte ou deixe de se comportar de determinada maneira.	“Eu estudei tanto tempo e aí, faço o que agora? Será que eu sei trabalhar? Será que eu sei ir pra indústria e, nossa, vou usar tudo que aprendi na faculdade? Tem um monte de coisa que a gente esquece. E aí? É essa a sensação.”
Fatalizar	Afirmações sobre julgamentos futuros que ocorrerão com certeza, a despeito do seu comportamento.	“Eu fiquei muito afastada, tentei me aproximar, mas não deu certo. E o meu grupo de amigos da faculdade eu simplesmente não consigo conviver. Para mim não dá certo”
Ruminar	Afirmações de arrependimento com caráter autodepreciativo sobre ter se comportado de modo contrário ao prescrito.	“Eu contei: entrei em 2014 e comecei a contar o quanto de tempo eu estava ali. Disso, que eu já falei, de pensar que ia ser difícil. De tipo, estar a tanto tempo em uma coisa que não sei se faz sentido para mim. Tipo, o que eu estou fazendo? Eu faço uma coisa e faço de forma ruim, eu não consigo concluir do jeito que eu queria. Ah, essas coisas, tudo negativo.”

A Figura 21 apresenta a análise funcional do caso Carolina por meio do modelo FACCM, que será melhor descrita na sequência.

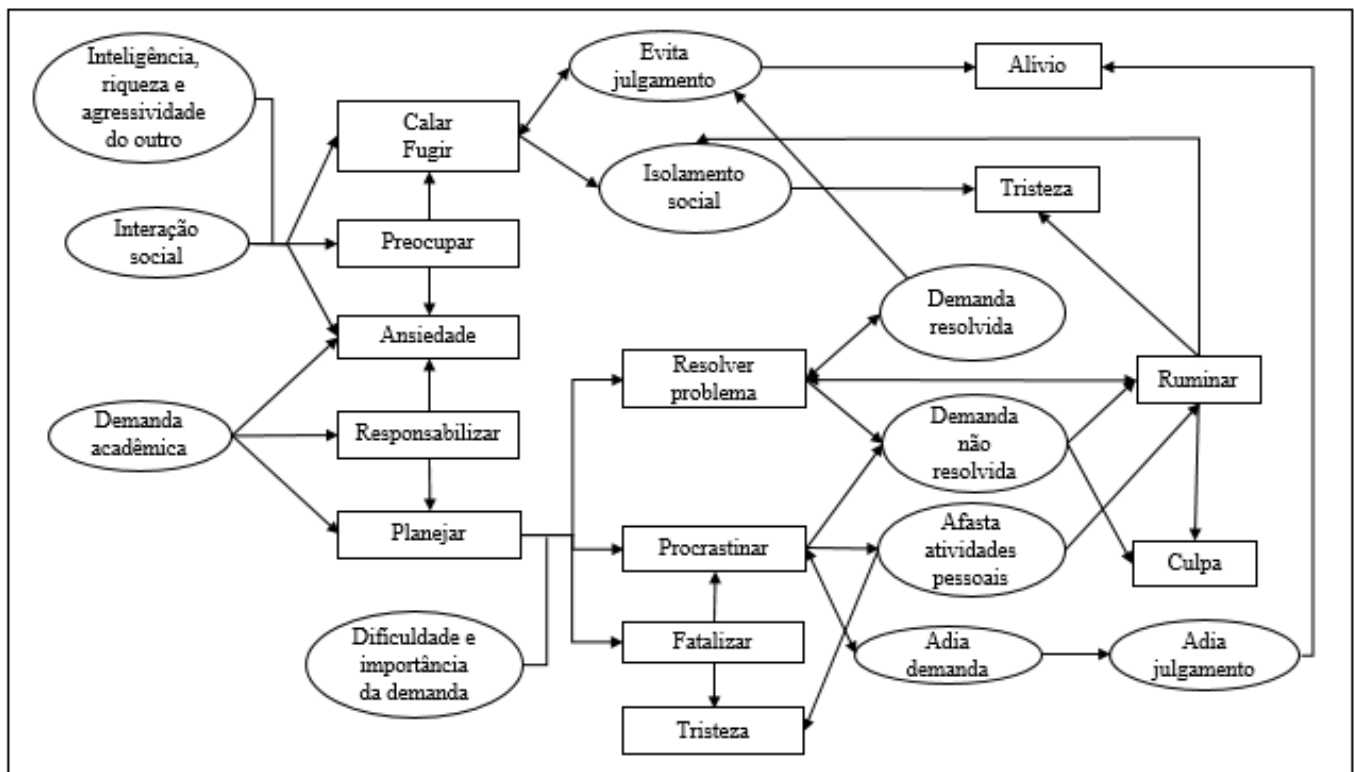


Figura 21. Análise funcional do caso Carolina. Respostas do cliente são apresentadas em retângulos e variáveis ambientais em elipses. Setas uni e bidirecionais indicam relações funcionais entre eventos e linhas sem setas indicam moderadores

Foram identificadas duas situações clinicamente significativas relacionadas ao sofrimento de Carolina: demandas acadêmicas e interações sociais.

Diante de interações sociais, especialmente aquelas na qual há uma aparente assimetria em relação a outra pessoa em termos de inteligência ou status sócio-econômico ou esta se porta de forma agressiva, Carolina tende a sentir ansiedade; se preocupar com o julgamento do outro sobre ser inteligente ou legal; e calar, não expressando sua opinião, ou fugir da interação (por vezes se esquivando antes da interação ocorrer). As preocupações são capazes de transformar a função do outro, aumentando a aversividade da outra pessoa e, conseqüentemente, contribuindo ainda mais para a ocorrência de respostas de ansiedade e evitação. Ao emitir as respostas de fuga e esquia nas interações sociais, Carolina evita possíveis julgamentos dos outros (gerando alívio), mas se isola socialmente (resultando em tristeza).

Já diante de demandas acadêmicas, Carolina frequentemente se sente ansiosa, tem pensamentos de responsabilização e planeja o que precisa fazer. Neste momento, dois padrões de resposta são possíveis, moduladas pela dificuldade e importância da demanda. De um lado, a participante busca resolver a demanda. Se ela for bem-sucedida, também evita julgamentos, gerando alívio. Se ela for mal-sucedida, se sente culpada e começa a ruminar, potencializando ainda mais sua culpa e tristeza e se isolando do mundo externo (que por sua vez aumenta a probabilidade de ruminar de modo cíclico), a despeito de ocasionalmente ajudar a resolver problemas.

Do outro lado, Carolina frequentemente procrastina a realização de seus planos e pensa em cenários fatalistas. O fatalismo aumenta a probabilidade de procrastinar ao verbalmente conectar seu engajamento com fracasso e gera tristeza. Como consequência da procrastinação, a participante adia a demanda e o julgamento consequente, gerando alívio em curto prazo. Entretanto, ela também acaba se afastando de objetivos pessoais e não resolvendo a demanda em longo prazo, gerando o ciclo de ruminação, culpa, tristeza e isolamento descrito acima.

Recursos

A despeito da desesperança de uma melhora clínica no passado, Carolina demonstrou ter expectativa de que a terapia iria finalmente ajudá-la, um recurso importante para o seu engajamento nas sessões. Além disso, sua namorada também pareceu muito disposta a compreender melhor sua situação e ajuda-la na medida do possível (inclusive solicitando literatura ao terapeuta sobre questões de saúde mental), fator que pode auxiliar no processo terapêutico.

Obstáculos na interação terapêutica

Dentre os possíveis obstáculos para o manejo clínico decorrentes da dinâmica de interação entre o terapeuta e o cliente, foi analisado que a tendência da cliente em não conseguir realizar tarefas entre as sessões pode evocar TIs do terapeuta de forçar mudanças por meio de orientações e levar ao retraimento da cliente (como ocorreu em sua antiga terapia) e, conseqüentemente, a uma ruptura na aliança (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010; Safran, Crocker, McMain & Murray, 1990).

7.6.4. Descrição qualitativa do processo terapêutico

7.6.4.1. Caso Heitor

Nas primeiras sessões da fase A+B (sessões 9, 10 e 11), foram enfatizadas as classes de pensar de responsabilizar e preocupar de Heitor, agrupadas em uma única classe para facilitar a compreensão. Após a identificação da repetição de frases do tipo “preciso” e “tenho que” no discurso do participante pelo terapeuta, foi acordada uma postura de exploração e curiosidade a respeito deste comportamento. Isto levou às análises de que este padrão aumentou de frequência durante o ensino médio, especialmente após um incidente de cobrança do corpo docente do colégio e da tristeza da mãe diante de seu desempenho mediano; e que este padrão tende a diminuir de frequência quando ele utiliza o método Pomodoro para estudar e com o final do semestre e começo das férias (retornando com força no início do semestre letivo).

Após a exploração do comportamento de responsabilizar/preocupar, outros padrões de pensamentos recorrentes foram identificados nas sessões 11 e 12: fantasiar, relacionado à imaginação de narrativas e artes; deslocamento social, relacionado à falta de pertencimento em grupos sociais; e ruminar, relacionado à observação e análise de incidentes passados. O padrão de fantasiar foi analisado cooperativamente de modo histórico-funcional, com seu início na infância, com a paixão por histórias de fantasia e lutas se materializando na sua imaginação nos frequentes momentos em que estava sozinho; sendo concretizado em brincadeiras com seu melhor amigo de infância, que compartilhava seus gostos; e com a possível função de se aproximar de eventos reforçadores, com ocasional função de escapar da realidade. O padrão de preocupar/responsabilizar foi analisado pelo terapeuta como um comportamento com função de resolver problemas, surgindo especialmente após o ensino médio, como descrito acima.

Ao retornar das férias na sessão 13, Heitor trouxe metas que havia pensado em relação a estudos, arte, amizades, família e luta. O terapeuta tentou abstrair os valores desses objetivos, retomando as sessões iniciais da fase A, e salientar os obstáculos decorrentes dos seus padrões de pensar para incorporá-los em sua vida. Foi identificada uma luta interna entre pensamentos com função de evocar a busca de conforto em curto prazo e pensamentos com função de engajar em ações alinhadas em objetivos em médio e longo prazo. Após certo debate, foi acordado na sessão 14 em denominar estes padrões de *gut* (relacionado às vontades instintivas) e planejador, respectivamente. Para facilitar a conversa a respeito destes dois comportamentos, o terapeuta propôs que eles fossem objetificados em personagens, buscando utilizar os recursos criativos do participante. Heitor inicialmente recebeu a proposta com julgamentos, mas se mostrou disposto a tentar.

No restante da sessão 14 e na sessão 15, foi discutida a dinâmica entre o *gut* e o planejador, com ambos se alternando em termos de força, usualmente com o planejador aparecendo primeiro e o *gut* aumentando a intensidade de acordo, reagindo ao planejador. Após

a análise de que, em excesso, tanto o planejador quanto o *gut* levariam a uma vida insatisfatória, o terapeuta propôs que Heitor dialogasse com eles, criando um armistício onde cada parte pudesse sugerir ações, mas, em última instância, que ele tinha o controle do que iria de fato fazer. Entretanto, ele ofereceu poucas opções de ações que não se encaixassem nos extremos (i.e. obedecer o *gut* ou o planejador).

Na sessão 16 foi introduzida a figura do analista de erros para representar a ruminação. O analista de erros foi descrito como um personagem muito alinhado ao planejador, que aparece após seus planos terem fracassado em maior ou menor grau, com a função de avaliar porque não funcionaram (com avaliações frequentemente carregadas de autojulgamentos negativos) e criar planos melhores para o próximo dia. O terapeuta retomou a importância de estabelecer um diálogo entre os personagens para que ele fizesse escolhas alinhadas com seus valores (como havia feito ao usar o método Pomodoro), mas as opções dadas por Heitor ainda eram extremadas. Diante desse empasse, o terapeuta sugeriu que o participante utilizasse suas habilidades artísticas para desenhar esses personagens, tornando-os mais concretos, tarefa que ele concordou e disse já ter feito algo semelhante no passado para retratar sua personalidade.

O participante trouxe os desenhos do planejador e do *gut* na sessão seguinte, com o planejador como um burocrata formal atrás de uma mesa e pilhas de papéis; e o *gut* como um jovem leve andando de skate, carregando uma bandeira e gritando. A partir dos desenhos, foi analisado de modo colaborativo as funções de cada personagem, as falas recorrentes de cada um e quando eles frequentemente apareciam com força. As análises finais foram escritas no desenho. O planejador aparece diante de demandas internas ou externas e utiliza frases de obrigações, listas e metas para auxiliar a resolver problemas e atingir objetivos. Já o *gut* também aparece diante de demandas e, além disso, da presença do planejador, com frases de preguiça e autoengano com a função de procrastinar a execução das demandas e aproximá-lo de atividades com maior prazer sensorial e imediato. Por fim, o analista de erros aparece após planos que não deram certos e, por meio de análise retrospectiva dos planos e autojulgamento, almeja aprimorar os planos do planejador. Para favorecer o engajamento de Heitor na personificação e objetificação dos padrões de pensamentos, o terapeuta utilizou uma metáfora do jogo de videogame *Overwatch* no qual o jogador tem táticas de defesa e ataque que aparecem com maior ou menor probabilidade a depender do contexto do jogo; e cujo domínio do jogo depende de avaliar as diversas opções momento-a-momento e escolher usar aquela que mais se adapta ao contexto atual: analisar qual dos personagens em sua mente ele quer seguir no momento.

Na sessão 18, a caracterização dos personagens foi completada com os possíveis efeitos negativos de cada um, com o planejador não permitindo espaço para descanso e atividades importantes, mas não produtivas; o *gut* sabotando os planos do analista e impedindo atingir objetivos delineados; e o analista de erros sendo excessivamente cruel e diminuindo o engajamento. Ademais, após sugestão do terapeuta, foram incluídos outros dois personagens: o sonhador, com a função de refletir sobre a vida e criar ideais abstratos, guiando as ações do planejador; e o investidor, que avalia o risco de se engajar em determinadas ações, especialmente aquelas em que Heitor se coloca em situação de vulnerabilidade, como interações pessoais, e evoca respostas de fuga e esquiva.

Após o participante relatar que a existência dos cinco personagens tornou a análise completa, preenchendo lacunas que ele sentia, foi retomado a ideia do diálogo entre eles para favorecer escolhas com consciência do que iria fazer, buscando equilíbrio entre diversas esferas importantes de sua vida, como faculdade, projetos de histórias e histórias em quadrinhos, amizades, família e luta. Diversas situações concretas foram trazidas para serem discutidas nas sessões 19 e 20 em busca de treinar este repertório.

Na sessão 21, Heitor relata estar mais sensível a ocorrência de cada um dos personagens momento-a-momento no seu cotidiano, identificando marcadores de cada um. O terapeuta aproveitou a maior consciência para desenvolver a ideia de que nenhum deles representava quem ele era, mas eram partes de si (senso de self-como-contexto), assim como os soldados fazem parte de um exército e devem atuar em coordenação para atingir os seus objetivos.

A sessão 22 marcou uma ruptura nesse processo, uma vez que o participante chegou desanimado para a sessão por ter tido uma semana pouco produtiva, com frases muito extremadas e autodepreciativas. O terapeuta variou as intervenções, tentando estabelecer uma postura dialógica com os personagens, direcionar atenção para o momento presente e a relação terapêutica, analisar os gráficos das escalas de autorrelato e fazer o exercício “Eu sou”, com o objetivo de aumentar a consciência sobre o processo de generalização que estava acontecendo (i.e. fusão cognitiva) e seus efeitos sobre o seu comportamento.

Por fim, na última sessão, Heitor trouxe diversos relatos sobre situações na qual conseguiu dialogar com os personagens e agir de forma mais flexível, buscando soluções concretas e variadas para deságios relacionados ao estágio e problemas com o laptop. Apesar de não ter feito os desenhos, o participante descreveu as imagens dos três personagens restantes que estava usando: o analista de erros como um trabalhador braçal, como um encanador, sujo, buscando consertar o problema; o sonhador como uma musa, com uma bandeira de protesto na

qual estavam escritos seus ideais; e o investidor que tinha passado de um economista no mercado financeiro a um nerd medroso com um computador, avaliando índices e estatísticas. Para encerrar o processo, Heitor anotou no celular os principais pontos que havia aprendido na terapia e que o ajudariam no tempo sem sessões até o *follow-up*: identificar os personagens, dialogar com eles buscando um equilíbrio harmonioso entre as diversas atividades importantes em sua vida, trazer seus problemas para ações concretas e flexibilizar planos quando eles falharem.

7.6.4.1. Caso Laís

As primeiras sessões da fase A+B do caso Laís (7, 8, 9 e 10) iniciaram com reclamações da participante a respeito de dificuldades enfrentadas para se expressar, como escrever um trabalho para uma disciplina da faculdade, escrever uma matéria para um jornal, colocar sua opinião e discordar em debates políticos, escolher o que quer fazer e negar convites de amigos para o fim de semana, colocar limites em pedidos do movimento estudantil e pedir e aceitar cuidado de outras pessoas. Ela relata se sentir frequentemente bloqueada nestas situações e ser incapaz de realizar suas demandas acadêmicas, compartilhar o que pensa e sente e agir de acordo com suas próprias vontades. Porém, compartilha esses problemas com o terapeuta em tom humorístico, com constantes risadas, e rodeado de análises muito complexas e abstratas sobre seu papel no mundo que não a direcionam para ações concretas.

A partir destes relatos, o terapeuta solicitou que a participante descrevesse seu maior medo nessas situações, identificado como medo de julgamento dos outros, especialmente das pessoas a rotularem como burra ou chata. Com a ajuda do terapeuta para sintetizar os relatos, Laís percebeu que em situações na qual podia se expressar pela escrita ou pela fala, costuma ter dois tipos de pensamentos recorrentes: (1) invalidar suas próprias opiniões, sentimentos e vontades com minimizações e autodepreciações e (2) preocupar com o impacto que sua expressão teria em outras pessoas e como elas reagiriam.

Quando a participante demonstrou dificuldades em analisar este padrão de comportamento, o terapeuta iniciou uma análise histórica gradual ao longo das sessões a respeito de seus relacionamentos com outras pessoas, como familiares, colegas, amigos e namorados. Esta análise englobou o estigma de infância de era uma criança que daria problemas e era lerda, porém esforçada nos estudos; a exclusão e o *bullying* sofridos no começo do ensino fundamental; as amizades condicionais com grupos de meninas mediante obediência ou usufruto das condições econômicas de sua família; a responsabilização no lar a partir da crise econômica da família; o contraste e a violência sofrida pela nova condição

socioeconômica no colégio e na faculdade; o abuso sexual sofrido; o relacionamento hierárquico e invalidante com o ex-namorado; e a postura hierárquica e agressiva de pessoas do movimento estudantil.

Na sessão 10, foi discutido de modo reflexivo a recorrência consistente dos pensamentos de invalidar e preocupar mesmo que muitas vezes esses cenários construídos pelos pensamentos não batessem com as reações das pessoas a sua volta. Quando a participante não foi capaz de analisar essa aparente contradição, o terapeuta forneceu a hipótese de que eles teriam uma função de proteção, ajudando-a a evitar julgamentos e abandonos de outras pessoas como os já experienciados por ela previamente. E complementou com a análise de que estes pensamentos estavam mais relacionados ao quão dolorido era ser julgada e abandonada e, portanto, evitar tais consequências, do que sua real probabilidade de acontecerem. Foi usada uma analogia de pensar se está vindo um carro e olhar para os dois lados antes de atravessar a rua e exemplos pessoais da vida do terapeuta para enfatizar essa lógica histórica-funcional, que foi aceita pela participante. Na sessão seguinte essa lógica foi retomada retomando as analogias de sessão passada e adicionando novos exemplos cotidianos, como pensar se a chave e a carteira estão no bolso e que um homem em uma rua deserta a noite pode ser um sinal de ameaça. Laís foi capaz de usar esses exemplos para analisar situações mais relevantes no seu dia a dia onde tem comportamentos parecidos e normalizá-los.

Porém, na sessão 12, a participante retoma uma postura de controle ao indicar tentar lutar contra seus próprios pensamentos e usar pessoas próximas a ela para convencê-la de que está pensando errado. Ao ser questionada sobre a eficácia desta estratégia em longo prazo, ela admite não ser efetiva. Então, o terapeuta retoma a lógica histórica-funcional do pensar e recomenda que ela valide estes pensamentos, oferecendo modelo de como fazê-lo.

A sessão 13 foi caracterizada por um maior embate entre o terapeuta e a participante em função dela estar se comportando de seu modo habitual no início de semestres e começar a lotar sua agenda, o que traz consequências prejudiciais para sua vida, como fadiga constante, estresse e queda na imunidade. Ao notar sinais iniciais de ruptura no vínculo, ele direcionou a atenção para os obstáculos em recusar demandas: o medo de julgamentos. Novamente, ele forneceu modelo de como normalizar esse padrão por meio de uma análise histórica-funcional e sugeriu que ela elaborasse um signo, como um desenho ou uma música, que permitisse a ela lembrar dessa análise.

Na sessão seguinte, Laís traz uma música como signo dessa análise e compartilha que conseguiu incluir outros momentos relevantes de sua vida nesta, como o abandono do time após se machucar e a rigidez e proteção da mãe. Também relata conseguir fazer algumas ações

importantes para ela, mesmo diante de pensamentos de preocupação e invalidação, como escrever texto para jornal, negar convite para almoço e expressar opinião contrária à líderes do movimento estudantil. Porém, tende a imediatamente desvalorizar essas conquistas, minimizando a importância delas, atribuindo-as a fatores externos e rindo em situações emocionalmente incompatíveis. Terapeuta reconhece ativamente esses esforços como importantes e fruto do seu esforço e salienta que progresso será gradual. Esse mesmo padrão da participante expor momentos disruptivos, em que se expressa a despeito de pensamentos contrários e da opinião de outras pessoas (e.g., colocar limites no novo namorado, viajar apesar de pedido do partido, cuidar de si e se engajar em hobbies não-produtivos, expressar que fala da amiga magoou, compartilhar vulnerabilidades com amigas e discordar de lideranças do movimento estudantil), invalidar progresso e o terapeuta reconhecer os esforços foi muito presente durante as sessões 14, 15 e 16 e 17. Na sessão 17, o terapeuta também salienta a criatividade da mente em criar bons motivos pelos quais ela não deveria se engajar em ações que são importantes para ela, primeiramente a respeito da procrastinação, trazida pela própria participante após semana com alta frequência deste comportamento, e depois sobre a invalidação.

Quando Laís começou a sessão 18 com um discurso longo, acelerado e confuso, o terapeuta pediu uma pausa e solicitou que ela observasse como ambos estavam se sentindo no momento. Ao se perceberem ansiosos e confusos, terapeuta analisou que isso era o mesmo sentimento que ela estava relatando no início da sessão que sentiu no quarto, sozinha, ao pensar sobre sua vida. Ao apontar que aquele modo de falar consigo mesma e com outras pessoas não estava sendo útil (não chegando a conclusões ou direcionamentos para ação) e prejudicial (aumentando ansiedade), a participante forneceu a imagem de que estavam atolando. Ela relatou fazer isso frequentemente e se propôs a observar isso no dia-a-dia. Também foi discutido a dualidade dos processos de preocupar e ruminar, sobre como eles podem ser muito úteis ou fazer com que ela atole.

Espontaneamente, a cliente começou a fazer pausas no seu dia-a-dia, conforma havia sido feito em sessão e se questionar sobre a utilidade daquele processo de pensar que estava acontecendo no momento, como havia sido combinado em sessão. Ela relatou que pausar e questionar a utilidade do pensar ajudava a concretizar mais o seu raciocínio e agir no momento de acordo com o que era importante para si. Terapeuta e cliente passaram a fazer isso em sessão também, percebendo que estavam atolando, pausando e concretizando em ações práticas, dinâmica que permaneceu até a última sessão.

7.6.4.1. Caso Carolina

As primeiras três sessões após a mudança de fase no caso Carolina começaram com relatos da participante a respeito eventos negativos que haviam ocorrido no seu cotidiano, como brigas com a namorada, conflitos com os pais, dificuldades em sair de casa e problemas com sua matrícula em disciplinas e trabalhos da faculdade.

A partir desses relatos, o terapeuta apontou para a cliente que suas falas eram marcadas por frases a respeito de futuros negativos e sua incapacidade de evitá-los. A cliente concordou e passou a discorrer sobre a recorrência de pensamentos fatalistas. Ela também trouxe a forte presença de pensamentos de comparação com outras pessoas. Após um longo relato sobre seu fluxo de pensamentos após briga com os pais, o terapeuta pausou a sessão repetidamente, buscando parar e observar em conjunto com ela o desenrolar desse fluxo, como um evento levava ao próximo. Ambos chegaram a conclusão de que ela estava tentando resolver os problemas que enfrentava, mas seu fluxo de pensamento sempre levava a obstáculos neste plano e busca de novas soluções, em um processo sem fim.

O diagrama do ponto de escolha foi desenhado e utilizado para pausar o discurso e observar o que estava acontecendo quando se engajava nessa resolução de problemas privadamente e as opções que ela tinha diante dela na sessão 9. Ao analisar que estava se comportando para fugir do fracasso de um modo que levaria inevitavelmente a ele em longo prazo, Carolina passou a se julgar muito. O terapeuta respondeu com um jogo sobre desconto temporal na tentativa de validar suas decisões, embora simultaneamente enfatizasse seus custos.

Na sessão 10, Carolina logo trouxe que conseguiu observar seus processos de preocupação e comparação interpessoal conforme eles ocorriam no momento. Mas também afirmou ter tentado controlá-los, sem sucesso. Diante disso o terapeuta solicitou que ela observasse a própria experiência para avaliar a funcionalidade dessa estratégia. A participante concordou que controlar seus pensamentos não funcionava em longo prazo, porém não soube trazer alternativas, em um estado de desesperança criativa. Diante disso, o terapeuta forneceu a opção de que ela começasse a observar se estes pensamentos a ajudavam ou atrapalhavam a fazer o que queria, em outras palavras, se eram úteis ou inúteis.

A sessão 11 teve uma dinâmica similar a anterior, com a participante descrevendo os momentos em que conseguiu avaliar a funcionalidade dos seus pensamentos, distinguindo entre úteis e inúteis. Mas também relatou ter tentado controlá-los, uma vez que eles não a ajudavam. Diante disso, o terapeuta propôs uma nova atividade experiencial para observar a efetividade do controle na prática, solicitando que a cliente não pensasse na sua comida favorita.

Novamente a cliente concordou com a análise da inefetividade do controle, mas não conseguiu trazer alternativas de como reagir a eles.

Então o terapeuta propôs que se perguntassem quem era a pessoa responsável por aqueles pensamentos e sua intenção. Para favorecer a compreensão, foi feita uma analogia com um vendedor que traz uma proposta irrecusável que é vista com desconfiança uma vez que sua intenção é vender a qualquer custo. E para concretizar a solicitação, o terapeuta retomou a análise histórica do contexto de violência em que havia vivido e o quanto seu cérebro poderia estar vendendo segurança, evocando respostas de evitar contato e intimidade com outras pessoas. O mesmo percurso foi feito na sessão em relação a procrastinação de atividades acadêmicas e busca de estágio, analisando o seu contexto histórico educacional e solicitando que a cliente analisasse o que seu cérebro estava vendendo.

A sessão 13 é marcada por Carolina trazer alguns momentos nos quais ela conseguiu dar em romper o seu padrão de comportamento habitual ao conseguir se engajar no estudo de inglês. Porém, ela logo traz o quanto isso é um passo muito pequeno, se julgando por isso. O terapeuta reconhece o seu esforço e sugere que ela faça o mesmo. A sessão seguinte caracteriza uma certa ruptura na dinâmica uma vez que é retomada a clarificação de valores quando a participante analisa que vários objetivos que tem função de evitar julgamento de outras pessoas.

Após ela trazer um valor de autonomia que havia pensado entre as sessões, as sessões 15, 16 e 17 são marcadas pela retomada da imagem do cérebro que vende proteção e discussão sobre sua criatividade e crueldade para incentivar a compra. Ele é incorporado fisicamente no diagrama do ponto de escolha, indicando para ela qual caminho seguir; e utilizado para normalizar alguns de seus pensamentos. Especialmente relevante foi a normalização de um pensamento que um homem com quem brigou no trânsito poderia ter uma arma e machucá-la, uma vez que na sua experiência prévia, homens foram figuras violentas e perigosas em sua vida.

A partir do final da sessão 17 até o final da terapia, as sessões são marcadas pelo relato de pequenos avanços por parte de Carolina, a despeito de pensamentos antagônicos; valorização deles por parte do terapeuta, que indicava para a fazer o mesmo; e combinados sobre outras coisas que ela poderia fazer durante a próxima semana. Para isso, foi feito um diário onde ela pudesse anotar os momentos em que agiu de forma oposta aos seus pensamentos, denominado diário da desobediência. Apesar de um obstáculo quando ela ficou na dúvida se deveria desobedecer todos pensamentos que tinha, fazendo com que o terapeuta pausasse e retomasse a distinção entre pensamentos úteis e inúteis, o diário foi preenchido consistentemente.

7.6.5. Escalas de autorrelato

As Figuras 22, 23 e 24 apresentam os escores nas escalas CFQ, VQ (subescalas progresso e obstrução) e GAD-7 para os participantes Heitor, Laís e Carolina, respectivamente ao longo das sessões de terapia nas fases A e A+B, incluindo a triagem (sessão 0) e a entrevista semi-estruturada EMP.

Todos os participantes atingiram os critérios de estabilidade na fase A (Tabela 14). Nas primeiras três sessões, Heitor apresentou uma relativa estabilidade no CFQ em torno de 36. Porém, este escore caiu na quarta sessão para 29, a partir da qual se manteve estável durante as cinco seguintes. Desta forma, a mudança de fase ocorreu entre as sessões 8 e 9, quando ele apresentou uma estabilidade média de 28,4 ao longo de cinco sessões e uma variabilidade máxima de 1,4. Laís apresentou uma grande estabilidade no CFQ durante a fase A, com média de 33,4 ao longo de cinco sessões e uma variabilidade máxima de 1,6. Os dados de Carolina foram semelhantes, permanecendo com uma média do CFQ de 43,4 e uma variabilidade máxima de 2,6. Ambas mudaram de fase entre as sessões 6 e 7. É importante notar que apesar da estabilidade existente nos escores do CFQ para os três participantes, tal estabilidade ocorreu em escores diferentes, com Carolina apresentando os mais elevados e Heitor os menos elevados.

Apesar de não serem relevantes para a determinação da mudança de fase, é interessante notar os escores dos três participantes no VQ e no GAD-7 durante a totalidade da fase A. Considerando todas as sessões da Fase A, a média dos escores de Heitor no GAD-7 foi maior (13,5 pontos) e com mais variabilidade (6,5 pontos) do que para os demais participantes. Direcionando atenção para a VQ, observa-se que tanto Heitor quanto Laís tiveram escores médios equiparáveis nas subescalas de progresso e obstrução (13,63 de progresso e 14,13 de obstrução para Heitor; 18,67 de progresso e 18,5 de obstrução para Laís). Porém, Carolina teve um escore médio maior na subescala de obstrução (20,67) do que progresso (14,67). Ademais, os escores no VQ apresentaram maior variabilidade intra-sujeito do que as demais escalas. A única exceção é a subescala de obstrução de Laís caso um valor *outlier* seja removido da análise, como assinalado na nota.

Tabela 14

Escores médios e variabilidade máxima em relação à média (em parêntesis) nas escalas de autorrelato para os três participantes durante a fase A

Participante	CFQ nas cinco sessões antes da mudança de fase	CFQ durante toda a fase A	VQ progresso	VQ obstrução	GAD-7
Heitor	28,4 (1,4)	31,25 (5,75)	13,63 (9,63)	14,13 (5,13)	13,5 (6,5)
Laís	33,4 (1,6)	33,17 (1,83)	18,67 (4,33)	18,5 (10,5) ^a	10,67 (0,67)
Carolina	43,4 (2,6)	43,67 (2,33)	14,67 (5,33)	20,67 (3,33)	10 (3)

Nota. a - Se um valor outlier for removido da análise, resultados passam a ser 16,4 (1,6).

Após a mudança de fase, todos os participantes passaram por mais quinze sessões de psicoterapia, de modo que Heitor totalizou 23 sessões, enquanto Laís e Carolina totalizaram 21 cada (além de uma sessão de triagem e uma de encerramento e aplicação da EMP).

A partir da análise visual do gráfico das escalas de autorrelato do caso Heitor (Figura 22), observa-se que os escores do CFQ começaram a cair logo após a mudança de fase, na sessão 10, e tem uma tendência negativa significativa, atingindo o escore de 9 pontos na sessão 23. A média (21,375 pontos) da fase A+B é menor do que a da fase A (31,25). É importante ressaltar que esta queda não ocorreu de forma linear, mas foi marcada por pelo contraste entre picos e vales que se acentuaram ao longo do progresso da terapia.

Os picos e vales são especialmente marcantes em ambas as subescalas do VQ, com alternâncias bruscas nos valores sessão a sessão, especialmente nas sessões finais. À título de ilustração, entre as sessões 20 e o EMP, a subescala de progresso teve escores de 5, 19, 4, 21 e 9, enquanto a subescala de obstrução teve escores de 12, 6, 19, 2 e 9. Porém, não é observado um claro padrão de crescimento ou queda para nenhuma das subescalas ao longo da terapia.

Por fim, os escores do GAD-7 apresentaram uma queda importante nas sessões iniciais, atingindo 8 pontos na sessão 5, ainda na fase A, e permaneceu relativamente estável ao longo da terapia, com o menor escore alcançado na sessão 23 (6 pontos).

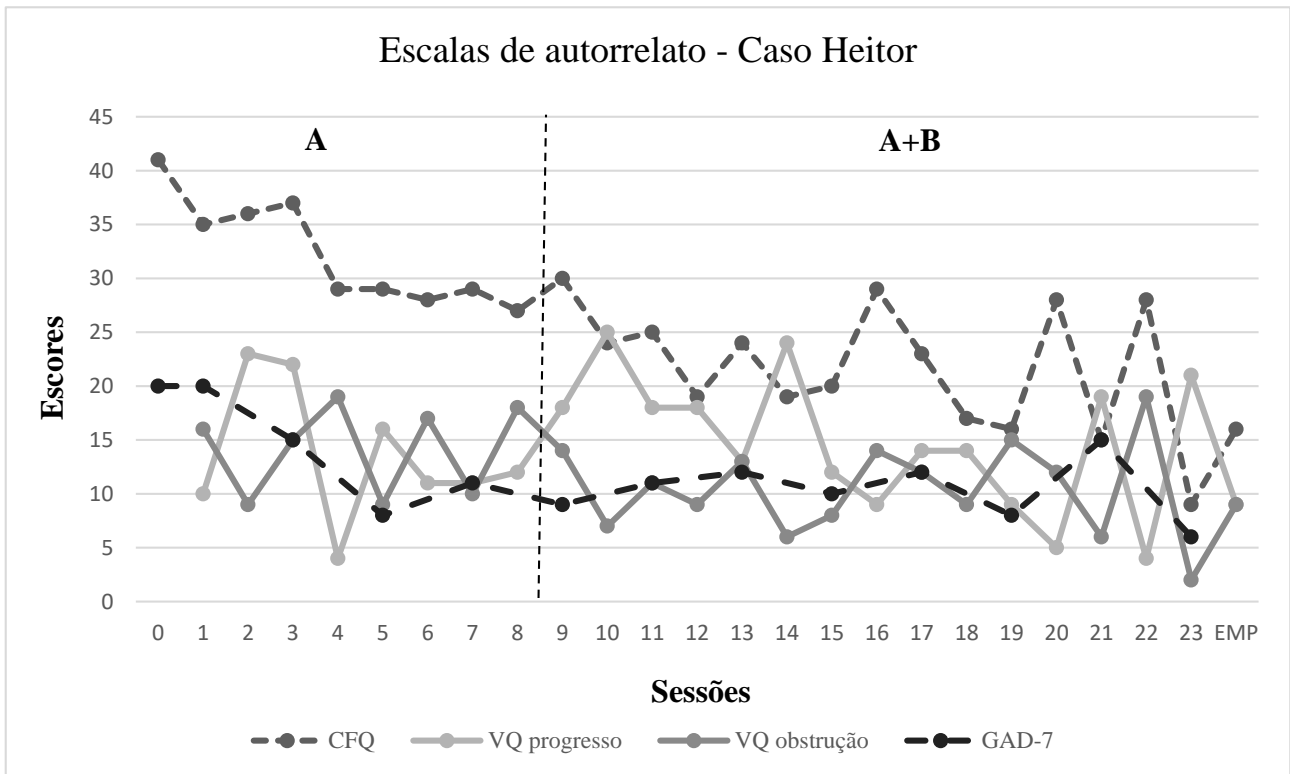


Figura 22. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Heitor.

Já a análise visual do gráfico das escalas de autorrelato do caso Laís (Figura 23) indicam uma relativa estabilidade ao longo de todo o processo terapêutico, somente havendo uma leve tendência negativa para o CFQ, o GAD-7 e a subescala de obstrução do VQ. Houve alguns raros pontos destoantes: o GAD-7 nas sessões 9 e 13; e o CFQ e VQ obstrução na sessão 18.

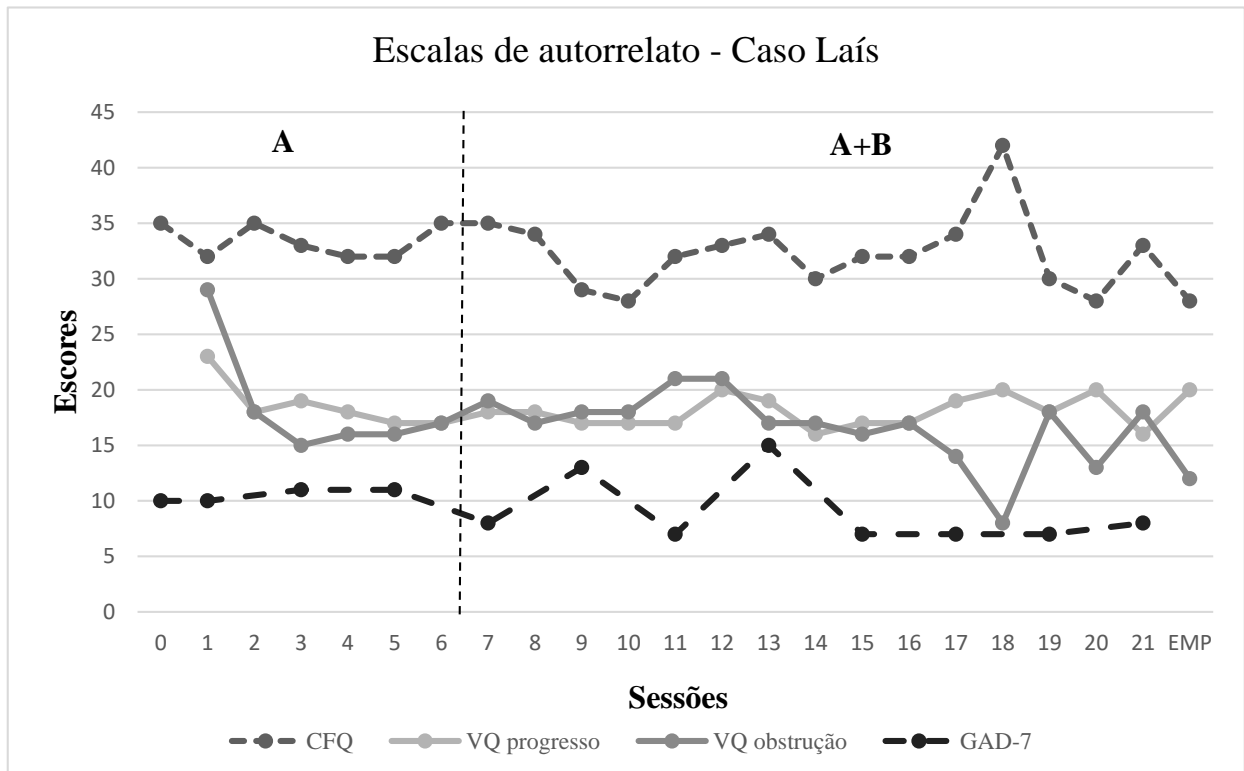


Figura 23. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Laís.

Similarmente ao caso Laís, o caso Carolina apresentou relativa estabilidade nos escores do CFQ e do GAD-7 ao longo do processo terapêutico (Figura 24). Alguns pontos levemente discrepantes são as sessões 13 e 20 no caso do CFQ e a sessão 19 no caso do GAD-7. Do outro lado, os escores do VQ apresentam uma maior variabilidade com alternância entre picos e vales de ambas subescalas, embora menos brusca do que no caso Heitor e sem uma clara tendência positiva ou negativa.

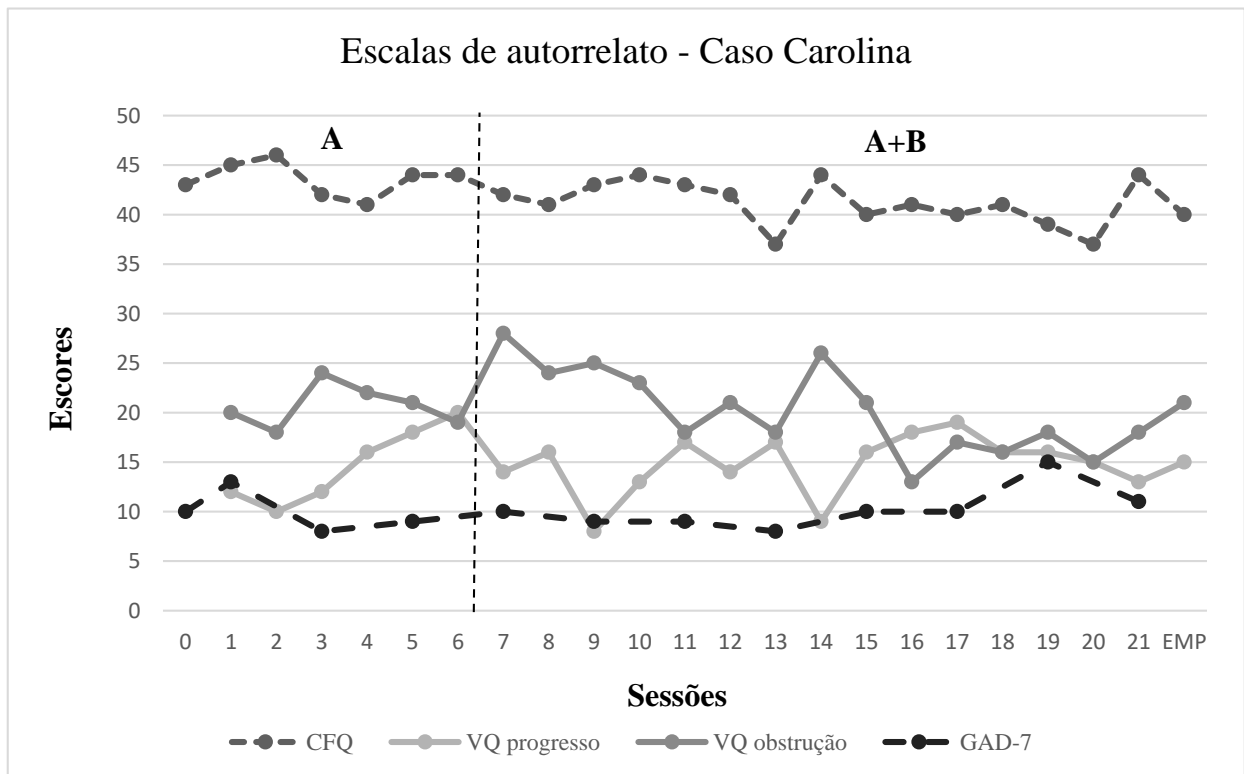


Figura 24. Escores das escalas de autorrelato ao longo das sessões de terapia no caso Carolina.

7.6.6. Categorização de falas do terapeuta e do cliente

A partir dos critérios estabelecidos no SICARECC, foram selecionadas 2499 falas do caso Heitor, 3337 falas do caso Laís e 3262 falas do caso Carolina, totalizando 9098 falas categorizadas.

7.6.6.1. Aferição de concordância

Para avaliar a fidedignidade da categorização do experimentador, foram encaminhadas transcrições de sessões para uma aferidora de concordância externa, treinada na aplicação do SICARECC pelo experimentador e cega à fase das sessões. De cada participante, foram selecionadas randomicamente uma sessão de cada fase para a aferição, totalizando 6 sessões (9,23% de todas as sessões categorizadas). As sessões selecionadas para a aferição foram as de número 2 e 17 no caso Heitor; 3 e 12 no caso Laís; e 5 e 15 no caso Carolina.

A Tabela 15 apresenta a taxa de concordância por sessão aferida e a taxa de concordância geral. A taxa geral foi de 0,58, com valor limítrofe para ser considerada válida.

Tabela 15

Taxa de concordância por sessão aferida

Participante	Sessão	Taxa de concordância por sessão	Taxa de concordância geral
Heitor	2	0,77	0,58
	17	0,6	
Laís	3	0,66	
	12	0,51	
Carolina	5	0,65	
	15	0,56	

7.6.6.2. Fidelidade ao procedimento

Caso o terapeuta tenha sido extremamente fiel ao procedimento delineado, é esperado que a frequência das categorias do terapeuta relacionadas mais diretamente à promoção de desfusão cognitiva (T-CONC, T-DIA, T-DRU) seja baixa ou nula durante as sessões da fase A e com uma frequência moderada ou alta durante a fase A+B. Para os casos Heitor e Carolina, não houve instâncias de falas do terapeuta categorizadas como T-CONC, T-DIA e T-DRU durante a fase A; enquanto no caso Carolina houve somente duas instâncias de T-DRU na fase A (Tabela 16). Em contrapartida, na fase A+B houve 41 instâncias de T-CONC, 195 de T-DIA e 42 T-DRU categorizadas no caso Heitor; 16 de T-CONC, 12 de T-DIA e 132 de T-DRU categorizadas no caso Laís; e 0 de T-CONC, 105 de T-DIA e 206 de T-DRU categorizadas no caso Carolina. Assim, pode-se concluir que houve alta fidelidade ao procedimento por parte do terapeuta.

Tabela 16

Frequência absoluta de categorias do terapeuta diretamente relacionados à promoção de desfusão cognitiva durante as fases A e A+B para os três participantes

Participante	Fase	Frequência absoluta T-CONC	Frequência absoluta T-DIA	Frequência absoluta T-DRU
Heitor	A	0	0	0
	A+B	41	195	42
Laís	A	0	0	0
	A+B	16	12	132
Carolina	A	0	0	2
	A+B	0	105	206

7.6.6.3. Frequência absoluta e relativa de categorias

As Tabelas 17 a 22 apresentam as frequências absolutas e relativas de falas do terapeuta e do cliente categorizadas por meio do SICARECC em todas as sessões dos casos Heitor, Laís e Carolina.

Tabela 17

Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Heitor

Sessão	Fase A										Fase A+B										Total					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Absoluto	Relativo (%)	
C-OBE	21	9	7	13	13	9	4	15	11	8	16	0	3	2	9	12	0	4	13	8	2	10	0	189	7,56	
C-EXP	5	6	6	18	1	4	5	17	14	4	4	2	6	7	5	1	1	2	5	17	4	12	1	147	5,88	
C-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	2	11	0,44	
C-MET	12	2	5	2	3	0	7	3	20	10	38	39	11	2	1	2	0	6	0	1	0	17	0	181	7,24	
C-AVA	0	0	0	1	0	8	0	0	0	0	3	0	2	3	1	2	0	0	0	2	1	4	0	27	1,08	
C-ANA	0	0	0	0	2	0	6	2	16	23	28	28	13	3	3	4	0	2	2	5	1	4	4	146	5,84	
C-VAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0,12	
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	12	6	9	0	0	0	7	41	1,64	
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	21	5	11	26	76	4	4	26	1	13	195	7,8	
C-DRU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	2	5	4	2	19	42	1,68	
C-FAC	10	0	1	3	0	3	3	2	11	16	16	22	13	16	10	16	10	30	9	7	10	8	13	229	9,16	
C-DIF	0	0	0	1	0	2	2	1	7	2	2	4	1	2	2	1	1	3	0	2	2	4	0	39	1,56	
T-EXP	20	10	12	19	4	10	7	23	24	5	7	1	4	2	3	4	3	0	5	15	4	13	5	200	8	
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	13	2	3	2	4	0	8	2	32	23	48	31	17	0	1	4	0	11	1	4	1	21	0	228	9,12	
T-AVA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,04	
T-ANA	0	0	0	4	2	2	4	1	16	29	28	54	16	6	0	6	0	6	4	6	4	12	5	205	8,2	
T-VAL	0	0	0	0	1	11	0	1	0	0	2	1	1	1	0	2	0	2	2	4	1	0	0	29	1,16	
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	11	5	5	0	0	0	5	32	1,28	
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	39	19	20	25	57	15	9	18	9	19	243	9,72	
T-DRU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	0	2	0	3	7	11	2	15	52	2,08	
T-FAC	7	6	4	12	6	0	8	9	10	8	22	11	5	11	11	12	12	44	10	7	11	1	11	238	9,52	
T-DIF	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	7	0	3	0	2	0	3	0	21	0,84	
Total	88	35	39	75	36	50	55	76	162	128	223	194	113	117	93	118	103	257	89	106	100	123	119	2499	100	

Tabela 18

Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Heitor

Sessão	Fase A											Fase A+B											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
C-OBE	23,86	25,71	17,95	17,33	36,11	18	7,27	19,74	6,79	6,25	7,17	0	2,65	1,71	9,68	10,17	0	1,56	14,61	7,55	2	8,13	0
C-EXP	5,68	17,14	15,38	24	2,78	8	9,09	22,37	8,64	3,13	1,79	1,03	5,31	5,98	5,38	0,85	0,97	0,78	5,62	16,04	4	9,76	0,84
C-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0,62	0	0,9	0,52	0	0,85	0	3,39	0	0	0	0	0	0	1,68
C-MET	13,64	5,71	12,82	2,66	8,33	0	12,72	3,95	12,35	7,81	17,04	20,1	9,73	1,71	1,08	1,69	0	2,33	0	0,94	0	13,82	0
C-AVA	0	0	0	1,33	0	16	0	0	0	0	1,35	0	1,77	2,56	1,08	1,69	0	0	0	1,89	1	3,25	0
C-ANA	0	0	0	0	5,56	0	10,91	2,63	9,88	17,97	12,56	14,43	11,5	2,56	3,23	3,39	0	0,78	2,25	4,72	1	3,25	3,36
C-VAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,45	0	0	0	0	0,85	0	0	0	0,94	0	0	0
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9	0	0	0	0	4,24	11,65	2,33	10,11	0	0	0	5,88
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,08	17,95	5,38	9,32	25,24	29,57	4,49	3,77	26	0,81	10,92
C-DRU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,75	0	0	0	2,25	4,72	4	1,63	15,97
C-FAC	11,36	0	2,56	4	0	6	5,45	2,63	6,79	12,5	7,17	11,34	11,5	13,68	10,75	13,56	9,71	11,67	10,11	6,6	10	6,5	10,92
C-DIF	0	0	0	1,33	0	4	3,64	1,32	4,32	1,56	0,9	2,06	0,88	1,71	2,15	0,85	0,97	1,17	0	1,89	2	3,25	0
T-EXP	22,73	28,57	12	25,33	11,11	20	12,72	30,26	14,81	3,91	3,14	0,52	3,54	1,71	3,23	3,39	2,91	0	5,62	14,15	4	10,57	4,2
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	14,77	5,71	30,77	2,66	11,11	0	14,55	2,63	19,75	17,97	21,52	15,98	15,04	0	1,08	3,39	0	4,28	1,12	3,77	1	17,07	0
T-AVA	0	0	0	0	0	0	1,82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0	0	0	5,33	5,56	4	7,27	1,32	9,88	22,66	12,56	27,84	14,16	5,13	0	5,08	0	2,33	4,49	5,66	4	9,76	4,2
T-VAL	0	0	0	0	2,78	22	0	1,32	0	0	0,9	0,52	0,88	0,85	0	1,69	0	0,78	2,25	3,77	1	0	0
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9	0	0	0	0	3,39	10,68	1,95	5,62	0	0	0	4,2
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,5	33,33	20,43	16,95	24,27	22,18	16,85	8,49	18	7,32	15,97
T-DRU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,85	11,83	0	1,94	0	3,37	6,6	11	1,63	11,76
T-FAC	7,95	17,14	10,26	16	16,67	0	14,55	11,84	6,17	6,25	9,87	5,67	4,42	9,4	11,83	10,17	11,65	17,12	11,24	6,6	11	0,81	9,24
T-DIF	0	0	2,56	0	0	2	0	0	0	0	0,9	0	0	0	2,15	5,93	0	1,17	0	1,89	0	2,44	0

Tabela 19

Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Laís

Sessão	Fase A							Fase A+B														Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Absoluto	Relativo (%)
C-OBE	19	28	5	4	9	6	1	12	10	20	10	3	17	4	12	3	9	6	0	6	6	190	5,69
C-EXP	21	8	8	15	4	3	21	8	13	18	10	11	13	4	16	11	17	6	8	9	7	231	6,02
C-CONT	2	5	5	5	0	2	6	10	8	8	4	16	6	4	6	11	7	1	2	2	3	113	3,39
C-MET	8	1	1	0	2	0	12	12	5	18	13	9	11	2	0	1	8	14	22	9	9	157	4,7
C-AVA	0	0	1	0	2	0	2	1	2	1	3	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	18	0,54
C-ANA	12	9	3	4	0	11	30	24	12	21	29	28	20	7	19	11	31	21	13	16	9	330	9,89
C-VAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	10	1	4	0	0	1	0	3	2	2	29	0,87
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	9	0	0	2	0	0	0	0	16	0,48
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	1	0	0	2	0	0	1	3	12	0,36
C-DRU	0	0	0	0	0	0	2	0	3	3	3	0	1	11	25	25	3	2	8	29	17	132	3,96
C-FAC	9	7	2	1	1	3	12	23	16	20	19	24	21	18	15	25	35	36	37	43	44	411	12,32
C-DIF	0	2	1	1	0	1	3	1	0	7	1	2	2	1	1	0	5	7	3	4	2	44	1,32
T-EXP	34	25	13	18	8	6	17	4	11	24	11	10	13	2	14	7	14	4	7	9	7	258	7,73
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,03
T-MET	12	5	0	3	3	4	22	26	8	19	9	13	11	1	0	5	10	38	28	15	10	242	7,25
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	6	5	3	2	1	10	19	29	17	40	26	35	31	9	19	11	38	32	25	32	14	404	12,11
T-VAL	2	4	2	0	0	0	2	2	3	5	14	22	4	7	0	0	8	2	7	4	9	97	2,91
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12	0	0	4	0	1	0	0	28	0,84
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	13	0	0	1	5	24	0,72
T-DRU	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	4	1	10	23	34	40	8	2	13	35	35	216	6,47
T-FAC	13	14	5	9	4	7	23	26	25	21	29	20	15	11	25	23	23	14	15	21	22	365	10,94
T-DIF	0	1	0	0	1	0	1	3	2	2	0	2	1	0	0	1	2	1	0	1	1	19	0,57
Total	138	114	49	62	35	53	175	189	138	235	188	210	193	132	186	174	240	186	193	240	207	3337	100

Tabela 20

Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Laís

Categorias	Fase A										Fase A+B										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
C-OBE	13,77	24,56	10,2	6,45	25,71	11,32	0,57	6,35	7,25	8,51	5,32	1,43	8,81	3,03	6,45	1,72	3,75	3,23	0	2,5	2,9
C-EXP	15,22	7,02	16,33	24,19	11,43	5,66	12	4,23	9,42	7,66	5,32	5,24	6,74	3,03	8,6	6,32	7,08	3,23	4,15	3,75	3,38
C-CONT	1,45	4,39	10,2	8,06	0	3,77	3,43	5,29	5,8	3,4	2,13	7,62	3,11	3,03	3,23	6,32	2,92	0,54	1,04	0,83	1,45
C-MET	5,8	0,88	2,04	0	5,71	0	6,86	6,35	3,62	7,66	6,91	4,29	5,7	1,52	0	0,57	3,33	7,53	11,4	3,75	4,35
C-AVA	0	0	2,04	0	5,71	0	1,14	0,53	1,45	0,43	1,6	0,48	0	0,76	0	0	0	0	0,52	0,42	0,97
C-ANA	8,69	7,89	6,12	6,45	0	20,75	17,14	12,7	8,7	8,94	15,43	13,33	10,36	5,3	10,22	6,32	12,92	11,29	6,74	6,67	4,35
C-VAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,28	1,6	4,76	0,52	3,03	0	0	0,42	0	1,55	0,83	0,97
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,59	6,82	0	0	0,83	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	1,59	0	0	0	0,95	0	0,76	0	0	0,83	0	0	0,42	1,45
C-DRU	0	0	0	0	0	0	1,14	0	2,17	1,28	1,6	0	0,52	8,33	13,44	14,37	1,25	1,08	4,15	12,08	8,21
C-FAC	6,52	6,14	4,08	1,61	2,86	5,66	6,86	12,17	11,59	8,51	10,11	11,43	10,88	13,64	8,06	14,37	14,58	19,35	19,17	17,92	21,25
C-DIF	0	1,75	2,04	1,61	0	1,89	1,71	0,53	0	2,98	0,53	0,95	1,04	0,76	0,54	0	2,08	3,76	1,55	1,67	0,97
T-EXP	24,64	21,93	26,53	29,03	22,86	11,32	9,71	2,12	7,97	10,21	5,85	4,76	6,74	1,52	7,53	4,02	5,83	2,15	3,63	3,75	3,38
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	8,69	4,39	0	4,84	8,57	7,55	12,57	13,76	5,8	8,09	4,79	6,19	5,7	0,76	0	2,87	4,17	20,43	14,51	6,25	4,83
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	4,35	4,38	6,12	3,23	2,86	18,87	10,86	15,35	12,32	17,02	13,83	16,67	16,06	6,82	10,22	6,32	15,83	17,2	12,95	13,33	6,76
T-VAL	1,45	3,51	4,08	0	0	0	1,14	1,06	2,17	2,13	7,45	10,48	2,07	5,3	0	0	3,33	1,08	3,63	1,67	4,35
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,7	9,09	0	0	1,67	0	0,52	0	0
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	1,06	0	0,43	0	0,48	0	0,76	0	0	5,43	0	0	0,42	2,42
T-DRU	0	0	0	0	0	0	1,14	1,59	2,17	1,28	2,13	0,48	5,18	17,42	18,28	22,99	3,33	1,08	6,74	14,58	16,91
T-FAC	9,42	12,28	10,2	14,52	11,43	13,21	13,14	13,76	18,11	8,94	15,43	9,52	7,77	8,33	13,44	13,22	9,58	7,53	7,77	8,75	10,63
T-DIF	0	0,88	0	0	2,86	0	0,57	1,59	1,45	0,85	0	0,95	0,52	0	0	0,57	0,83	0,54	0	0,42	0,48

Tabela 21

Frequência absoluta de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Carolina

Sessão	Fase A						Fase A+B														Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Absoluto	Relativo (%)
C-OBE	14	12	19	14	19	15	26	8	36	8	4	17	18	8	5	8	12	8	10	6	9	276	8,46
C-EXP	12	9	5	4	8	15	20	7	12	6	10	31	7	8	3	6	7	6	8	9	8	201	6,16
C-CONT	3	0	3	2	0	3	2	2	2	8	9	9	2	3	1	3	1	0	2	3	2	60	1,84
C-MET	8	3	6	5	1	3	9	15	26	11	15	26	18	4	5	5	7	3	8	5	4	187	5,73
C-AVA	4	1	2	3	0	0	7	10	6	7	0	6	4	3	3	0	4	4	4	2	1	71	2,18
C-ANA	15	5	4	14	5	3	0	8	19	23	41	40	20	11	12	12	12	6	13	12	6	281	8,61
C-VAL	2	0	0	0	0	1	0	2	6	4	3	5	4	0	1	1	8	5	0	7	0	49	1,50
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	5	18	4	5	1	0	0	41	1,26
C-DRU	0	0	0	0	0	2	0	0	4	4	2	1	6	0	10	6	26	21	11	16	26	135	4,14
C-FAC	6	3	3	0	1	6	11	7	42	29	40	36	11	3	22	20	18	13	15	25	5	316	9,69
C-DIF	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	5	1	1	1	3	1	1	1	0	0	3	23	0,71
T-EXP	29	10	14	10	14	23	24	12	11	10	12	24	9	15	8	7	13	5	9	7	4	270	8,28
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	8	3	6	5	0	3	19	19	48	12	19	19	13	7	10	12	6	6	2	6	3	226	6,93
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	15	3	5	9	8	3	6	16	39	42	65	52	20	8	14	14	11	3	12	18	5	368	11,28
T-VAL	4	5	5	0	3	3	10	5	7	11	6	16	8	2	4	0	16	2	3	5	4	119	3,65
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	10	2	0	20	40	6	5	4	0	0	105	3,22
T-DRU	0	0	0	1	0	3	0	0	3	4	1	0	14	1	12	3	32	33	29	27	43	206	6,32
T-FAC	9	12	8	15	7	12	16	9	47	17	12	52	19	6	6	5	16	17	11	19	5	320	9,81
T-DIF	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	8	0,25
Total	129	67	81	83	66	95	150	122	310	197	269	348	178	80	144	161	200	143	142	168	129	3262	100

Tabela 22

Frequência relativa de categorias do SICARECC das falas do cliente e do terapeuta no caso Carolina

Sessão	Fase A										Fase A+B										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
C-OBE	10,85	17,91	23,46	16,87	28,79	15,79	17,33	6,56	11,61	4,06	1,49	4,89	10,11	10	3,47	4,97	6	5,59	7,04	3,57	6,98
C-EXP	9,3	13,43	6,17	4,82	12,12	15,79	13,33	5,74	3,87	3,05	3,72	8,91	3,93	10	2,08	3,73	3,5	4,2	5,63	5,36	6,2
C-CONT	2,33	0	3,7	2,41	0	3,16	1,33	1,64	0,65	4,06	3,35	2,59	1,12	3,75	0,69	1,86	0,5	0	1,41	1,79	1,55
C-MET	6,2	4,48	7,41	6,02	1,52	3,16	6	12,3	8,39	5,58	5,58	7,47	10,11	5	3,47	3,11	3,5	2,1	5,63	2,98	3,1
C-AVA	3,1	1,49	2,47	3,61	0	0	4,67	8,2	1,94	3,55	0	1,72	2,25	3,75	2,08	0,00	2	2,8	2,82	1,19	0,78
C-ANA	11,63	7,46	4,94	16,87	7,58	3,16	0	6,56	6,13	11,68	15,24	11,49	11,24	13,75	8,33	7,45	6	4,2	9,15	7,14	4,65
C-VAL	1,55	0	0	0	0	1,05	0	1,64	1,94	2,03	1,12	1,44	2,25	0	0,69	0,62	4	3,5	0	4,17	0
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,23	0,57	0	0	3,47	11,18	2	3,5	0,7	0	0
C-DRU	0	0	0	0	0	2,11	0	0	1,29	2,03	0,74	0,29	3,37	0	6,94	3,73	13	14,69	7,75	9,52	20,16
C-FAC	4,65	4,48	3,7	0	1,52	6,32	7,33	5,74	13,55	14,72	14,87	10,34	6,18	3,75	15,27	12,42	9	9,09	10,56	14,88	3,88
C-DIF	0	1,49	0	1,2	0	0	0	1,64	0,65	0	1,86	0,29	0,56	1,25	2,08	0,62	0,5	0,7	0	0	2,33
T-EXP	22,48	14,93	17,28	12,05	21,21	24,21	16	9,84	3,55	5,08	4,46	6,9	5,06	18,75	5,55	4,35	6,5	3,5	6,34	4,17	3,1
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	6,2	4,48	7,41	6,02	0	3,16	12,67	15,57	15,48	6,09	7,06	5,46	7,3	8,75	6,94	7,45	3	4,2	1,41	3,57	2,33
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	11,63	4,48	6,17	10,84	12,12	3,16	4	13,11	12,58	21,32	24,16	14,94	11,24	10	9,72	8,70	5,5	2,1	8,45	10,71	3,88
T-VAL	3,1	7,46	6,17	0	4,55	3,16	6,67	4,1	2,26	5,58	2,23	4,6	4,49	2,5	2,78	0	8	1,4	2,1	2,98	3,1
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,69	2,87	1,12	0	13,89	24,84	3	3,5	2,82	0	0
T-DRU	0	0	0	1,2	0	3,16	0	0	0,97	2,03	0,37	0	7,87	1,25	8,33	1,86	16	23,08	20,42	16,07	33,33
T-FAC	6,98	17,91	9,88	18,07	10,61	12,63	10,67	7,34	15,16	8,63	4,46	14,94	10,67	7,5	4,17	3,11	8	11,89	7,75	11,31	3,88
T-DIF	0	0	1,23	0	0	0	0	0	0	0,51	0,37	0,29	1,12	0	0	0	0	0	0	0,6	0,78

Com base na conceituação dos processos comportamentais responsáveis por promover desfusão cognitiva (Estudo I) e no modelo teórico para promoção de desfusão cognitiva em sessão (Estudo III), é possível compreender as categorias C-OBE, C-CONT e C-AVA como comportamentos-problema e as categorias C-CONC, C-DIA e C-DRU como comportamentos de melhora dos participantes dentro de sessão. Integrando com os princípios da FAP (cf. Kohlenberg & Tsai, 1991), pode-se agrupar as primeiras três como análogas a comportamentos clinicamente relevantes 1 (CCRs 1) e as três últimas como análogas a comportamentos clinicamente relevantes 2 (CCRs 2).

As Figuras 25, 26 e 27 mostram as frequências relativas dos CCRs 1 e 2 ao longo das sessões para os casos Heitor, Laís e Carolina, respectivamente. O uso de frequências relativas foi escolhido por favorecer a comparação entre sessões que apresentavam número de turnos categorizados radicalmente diferentes.

Na Figura 25 é possível observar que a frequência relativa de CCRs 1 apresenta instabilidade nas sessões iniciais, porém começa a reduzir a partir da sessão 7, permanecendo relativamente mais baixa ao longo da terapia ainda que com uma variabilidade marcada por picos (como nas sessões 16, 19 e 22) e vales (como nas sessões 12, 17, 21 e 23), inclusive chegando a atingir valores nulos nas sessões 12 e 17.

Já a frequência relativa de CCRs 2 permanece nula até a sessão 12 (com exceção de escore desprezível na sessão 11). A partir da sessão 13, estes comportamentos passam a aumentar de frequência, invertendo o gráfico e logo se tornando mais predominantes que os CCRs 1, proporção que se mantém no restante das sessões com exceção da sessão 22. Analogamente aos CCRs 1, a frequência de CCRs 2 a partir da sessão 13 apresenta variabilidade, sendo caracterizada por picos (como nas sessões 17, 21 e 23) e vales (como nas sessões 20 e 22).

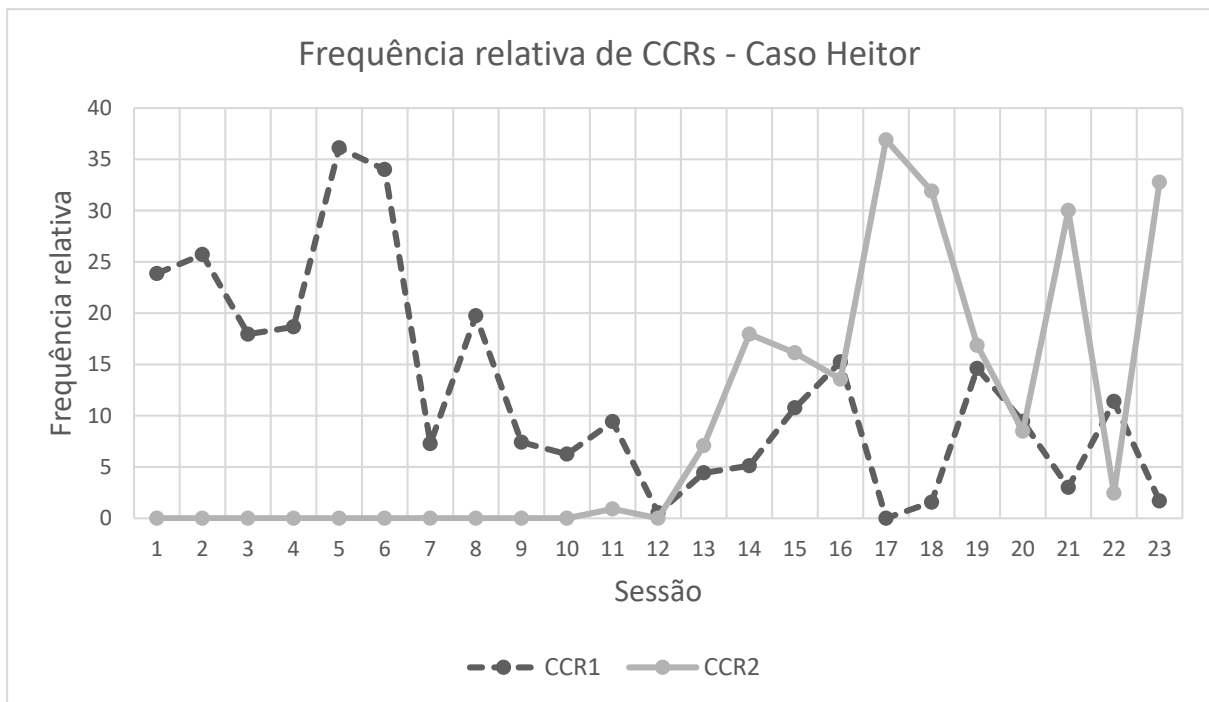


Figura 25. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Heitor.

Voltando atenção para a frequência relativa de CCRs no caso Laís (Figura 26), nota-se uma variabilidade grande no CCRs 1 durante as sessões da fase A, variando entre 14,51% e 31,42%. Logo após a mudança de fase, o CCR1 sofre uma queda, que é parcialmente recuperada na sessão seguinte. A partir da sessão 9, a frequência de CCRs 1 tem uma queda progressiva durante as sessões remanescentes, atingindo o valor mais baixo de 1,56% na sessão 19.

Já os CCRs 2 não ocorrem durante a fase A e nas primeiras sessões da fase A+B, até a sessão 12, permanecem estáveis em valores baixos (entre 1 e 2%). A partir da sessão 13 observa-se um aumento na frequência de CCRs 2, se tornando preponderante aos CCRs 1 na sessão seguinte. Na sessão 17 ele volta a cair de frequência, se tornando menos frequente do que os CCRs 1 e retorna o crescimento a partir da sessão 19, encerrando o processo com maior frequência que os estes.

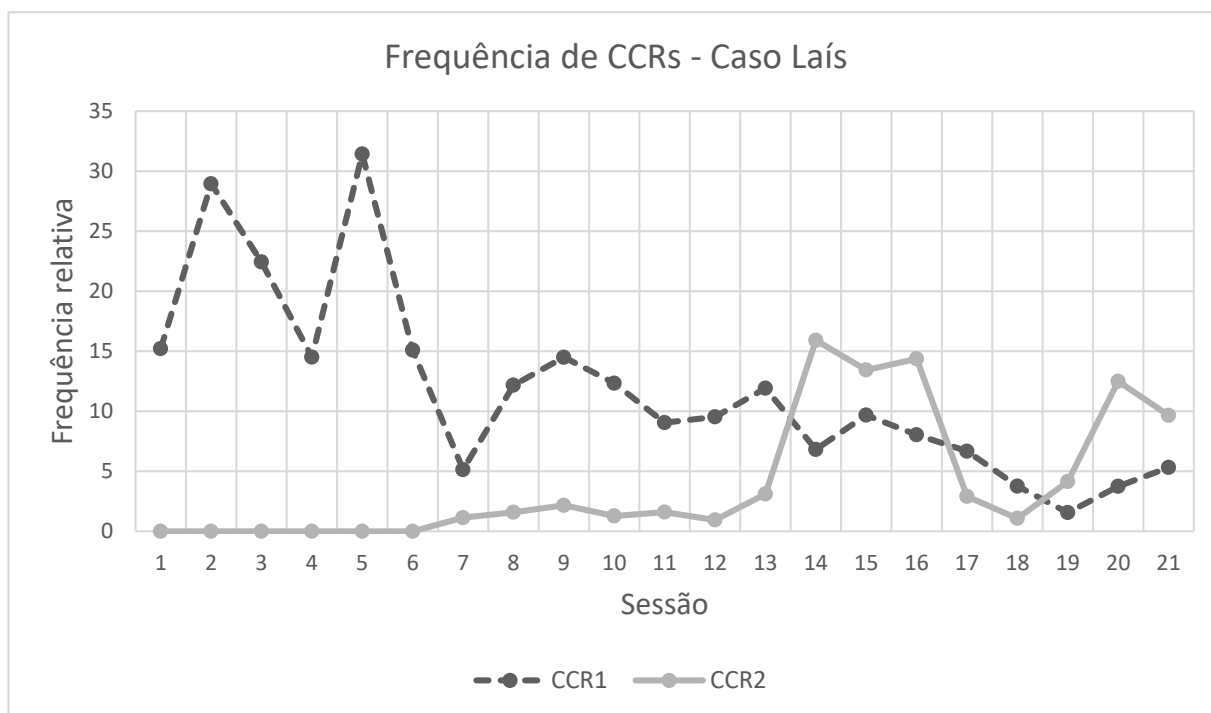


Figura 26. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Laís.

Olhando a Figura 27, os CCRs 1 do caso Carolina apresentam um aumento nas primeiras sessões da fase A e permanecem relativamente estáveis até a sessão 7. A partir da sessão 8, eles têm uma redução progressiva na frequência até atingir o valor de 4,84% na sessão 11. Porém, esta queda é logo seguida por um aumento na frequência até a sessão 14 (ainda que menor do que a frequência durante a fase A). Então o CCR1 reduz na sessão 15 para 6,24% e permanece estável no restante das sessões.

Já os CCRs 2 permanecem nulos até a sessão 8 (com exceção de um pequeno aumento na sessão 6) e com frequência relativamente baixa e estável (entre 1 e 4%) até a sessão 13. Após voltar a zerar na sessão 14, a frequência de CCRs 2 cresce rapidamente na sessão 15, tornando-se predominante sobre os CCRs 1 e permanecendo assim até o final da terapia, com exceção da sessão 19, onde tem uma queda e volta a se tornar menos frequente que os CCRs 1.

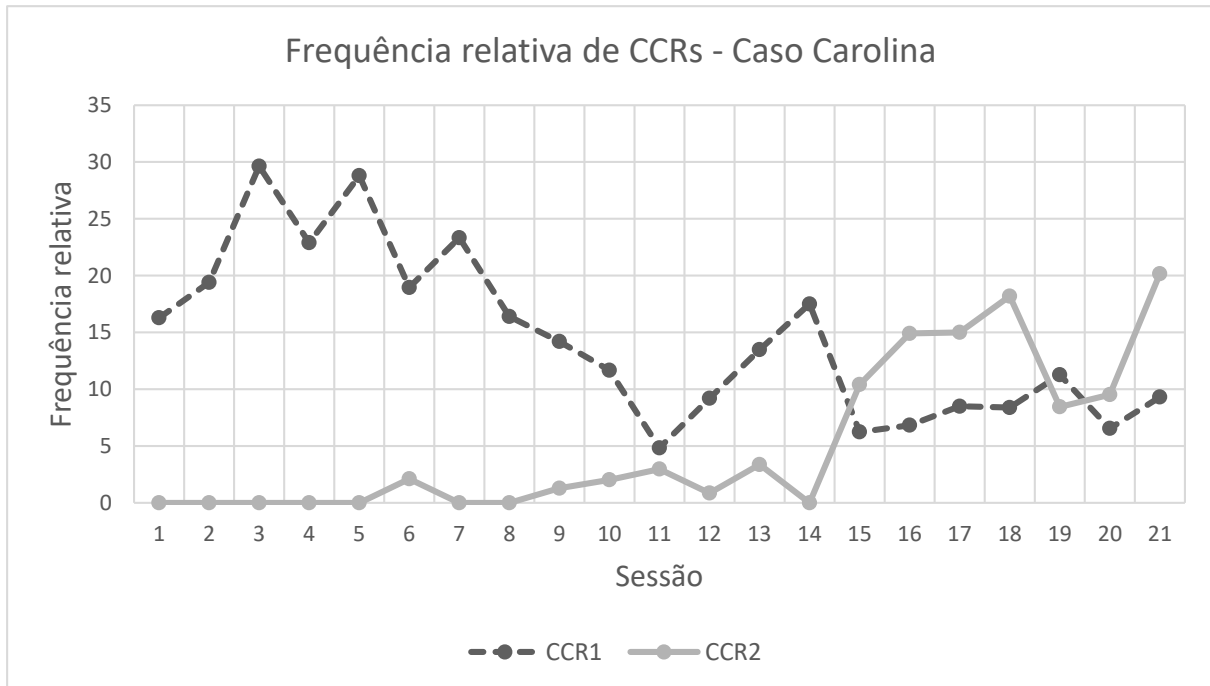


Figura 27. Frequência relativa de CCRs 1 e 2 ao longo das sessões do caso Carolina.

7.6.6.4. Análise sequencial de categorias

As Tabelas 23 a 26 apresentam os dados de frequências absolutas de sequências das categorias do SICARECC durante todo o processo de terapia do caso Heitor. A Tabela 23 se refere à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 1. A Tabela 24 à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 1. A Tabela 25 à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 3. E a Tabela 26 à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 3. Inicialmente estes dados foram separados entre as fases A e A+B, mas como essa distinção não contribuiu para a análise e interpretação dos resultados, optou-se por reunir ambas as fases em um único conjunto de dados para facilitar a compreensão. Como o SICARECC não se propõe a ser um sistema compreensivo capaz de categorizar toda uma sessão de terapia, mas somente aquelas falas relacionadas aos pensamentos do cliente, houve cortes na categorização. Assim, algumas categorias no final de cada trecho categorizado não tinham uma categoria em lag 1 e/ou lag 3 correspondentes. A coluna n/a corresponde a estas instâncias

Tabela 23

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Heitor

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	52	84	1	5	3	4	0	0	5	3	18	5	20
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	12	7	3	125	4	17	0	2	6	0	41	9	3
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
T-ANA	16	7	0	8	4	101	0	1	5	2	48	8	7
T-VAL	5	5	2	2	7	1	2	0	0	0	4	1	0
T-CONC	0	1	0	0	0	0	1	24	1	0	4	0	1
T-DIA	13	14	3	4	5	4	0	3	117	1	60	8	8
T-DRU	4	0	0	0	1	1	0	1	2	30	11	2	0
T-FAC	25	17	1	29	3	15	0	7	54	3	35	2	47
T-DIF	3	0	2	3	0	0	0	2	0	1	1	3	6

Tabela 24

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Heitor

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	72	0	15	0	15	4	0	12	7	48	6	10
C-EXP	59	0	16	1	9	5	0	11	1	31	1	13
C-CONT	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1	4	1
C-MET	5	0	121	0	15	0	0	5	1	27	1	6
C-AVA	3	0	3	0	3	11	0	4	0	1	2	0
C-ANA	7	0	18	0	80	2	0	5	1	23	0	10
C-VAL	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
C-CONC	0	0	2	0	0	0	19	7	0	11	1	1
C-DIA	4	0	6	0	6	0	4	115	3	53	2	2
C-DRU	2	0	0	0	2	0	1	6	23	7	0	1
C-FAC	17	0	31	0	51	5	3	47	10	25	1	39
C-DIF	7	0	7	0	6	0	0	8	0	7	3	1

Tabela 25

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Heitor

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	27	51	3	11	2	14	0	0	4	3	15	6	64
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	11	7	4	94	6	34	0	2	9	0	36	4	21
T-AVA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
T-ANA	16	10	0	21	2	60	1	1	9	4	42	11	26
T-VAL	4	2	0	1	7	1	0	0	2	0	4	2	6
T-CONC	0	0	0	2	0	0	1	22	4	0	2	0	1
T-DIA	14	17	3	5	4	6	1	4	104	1	58	4	22
T-DRU	3	2	0	0	1	1	0	2	3	18	10	3	9
T-FAC	14	15	0	32	4	12	0	5	50	7	28	2	69
T-DIF	3	0	1	2	0	1	0	2	0	0	4	1	7

Tabela 26

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Heitor

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	44	0	16	0	13	2	1	14	7	23	4	65
C-EXP	40	0	16	1	11	5	0	14	1	18	1	40
C-CONT	0	0	2	0	3	0	0	1	1	0	2	2
C-MET	6	0	99	0	27	2	1	6	1	20	2	17
C-AVA	3	0	1	0	4	8	0	4	0	3	1	3
C-ANA	9	0	32	0	43	3	0	7	1	26	1	24
C-VAL	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C-CONC	1	0	3	0	1	1	11	9	0	11	1	3
C-DIA	6	0	7	0	9	1	7	105	4	48	2	6
C-DRU	1	0	1	0	2	0	2	5	13	7	1	10
C-FAC	14	0	24	0	46	4	3	41	9	33	3	52
C-DIF	3	0	6	0	8	1	0	6	1	6	0	8

As Tabelas 27 a 30 apresentam os dados de frequências absolutas de sequências das categorias do SICARECC durante todo o processo de terapia do caso Laís. A Tabela 27 se refere à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 1. A Tabela 28 à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 1. A Tabela 29 à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 3. A Tabela X à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 3.

Tabela 27

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Laís

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	29	120	18	8	2	13	2	2	0	4	30	6	24
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
T-MET	13	10	7	72	3	27	0	0	0	6	90	12	2
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	17	13	21	17	2	180	4	1	3	7	123	10	6
T-VAL	5	4	7	2	2	16	20	0	0	3	28	3	7
T-CONC	1	0	0	0	0	2	0	13	0	0	8	3	1
T-DIA	0	3	0	2	0	4	0	0	6	0	9	0	0
T-DRU	17	5	11	8	3	12	1	0	0	71	79	5	4
T-FAC	46	53	26	41	3	55	1	2	2	30	41	4	61
T-DIF	5	2	2	0	0	3	0	0	0	2	2	0	3

Tabela 28

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Laís

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	54	1	24	0	19	2	0	1	12	58	12	7
C-EXP	90	0	19	0	24	7	0	1	6	70	1	13
C-CONT	22	0	8	0	20	12	0	1	7	38	3	2
C-MET	4	0	70	0	26	8	0	1	2	40	0	6
C-AVA	3	0	3	0	2	4	0	0	2	3	0	0
C-ANA	18	0	30	0	149	17	3	2	12	78	2	20
C-VAL	3	0	1	0	5	8	0	0	3	5	0	4
C-CONC	0	0	0	0	0	0	10	0	0	5	0	1
C-DIA	0	0	0	0	1	0	0	7	0	3	0	1
C-DRU	9	0	4	0	5	4	1	1	60	40	0	6
C-FAC	26	0	63	0	129	28	8	9	94	24	1	29
C-DIF	7	0	13	0	11	4	1	1	6	1	0	2

Tabela 29

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Laís

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	27	72	11	12	1	24	2	0	0	11	33	2	63
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	16	18	8	49	3	46	2	0	3	7	62	9	19
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	20	26	21	35	3	129	8	1	2	12	100	9	38
T-VAL	3	9	7	4	1	14	7	1	1	1	23	2	24
T-CONC	1	0	0	0	0	1	0	9	0	1	10	3	4
T-DIA	3	4	0	2	0	7	1	0	2	0	3	0	2
T-DRU	16	6	10	9	1	21	2	1	0	57	70	1	22
T-FAC	21	37	18	35	3	43	3	2	3	17	71	11	101
T-DIF	3	2	0	1	0	3	0	0	0	2	2	0	6

Tabela 30

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Laís

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	47	0	17	0	33	5	1	2	9	29	3	44
C-EXP	55	0	26	0	32	8	0	2	11	49	0	47
C-CONT	17	0	11	0	21	9	1	1	8	29	1	15
C-MET	7	0	46	4	39	8	0	2	7	24	1	19
C-AVA	2	0	3	0	3	0	0	0	1	4	0	3
C-ANA	24	0	42	0	106	19	2	2	20	58	3	56
C-VAL	1	0	2	0	10	6	0	0	2	3	0	5
C-CONC	0	0	0	0	1	1	8	0	1	2	0	3
C-DIA	1	0	0	0	1	1	0	4	0	3	1	1
C-DRU	3	0	5	0	14	2	2	1	51	32	1	21
C-FAC	23	1	46	0	97	25	4	8	78	69	3	58
C-DIF	5	0	11	0	7	2	3	1	3	6	1	5

As Tabelas 31 a 34 apresentam os dados de frequências absolutas de sequências das categorias do SICARECC durante todo o processo de terapia do caso Carolina. A Tabela 31 se refere à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 1. A Tabela 32 à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 1. A Tabela 33 à responsividade do cliente às falas do terapeuta no lag 3. A Tabela 34 à responsividade do terapeuta às falas do cliente no lag 3.

Tabela 31

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 1 no caso Carolina.

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	47	106	15	15	11	10	6	0	1	6	25	4	18
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	23	12	6	77	15	21	5	0	0	3	56	4	4
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	25	10	17	22	14	144	7	0	2	7	78	6	38
T-VAL	12	6	2	12	10	18	20	0	1	0	31	1	6
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	1	3	1	6	1	13	0	0	32	4	37	4	3
T-DRU	23	12	3	5	5	18	1	0	3	74	46	2	14
T-FAC	76	31	10	39	11	49	8	0	1	25	20	2	52
T-DIF	4	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0

Tabela 32

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 1 no caso Carolina.

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	78	0	24	0	30	11	0	3	25	87	4	13
C-EXP	67	0	23	0	20	12	0	4	10	51	1	13
C-CONT	18	0	13	0	11	6	0	3	3	8	0	2
C-MET	15	0	71	7	21	6	0	6	9	42	2	3
C-AVA	11	0	11	0	12	15	0	3	3	11	0	3
C-ANA	22	0	13	0	141	14	0	13	19	54	0	8
C-VAL	3	0	2	0	9	22	0	2	2	8	0	1
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	2	0	0	33	2	4	0	0
C-DRU	6	0	2	0	4	4	0	5	70	34	0	10
C-FAC	22	0	47	0	103	23	0	27	50	22	1	22
C-DIF	5	0	5	0	4	0	0	3	3	3	0	0

Tabela 33

Frequência absoluta de categorias de resposta do cliente diante de categorias de resposta do terapeuta no lag 3 no caso Carolina.

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	43	51	7	25	13	30	6	0	0	5	26	4	54
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	25	19	9	50	10	24	5	0	3	2	45	5	32
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	32	20	12	31	13	94	14	0	4	11	87	4	48
T-VAL	10	8	4	10	6	23	10	0	2	3	29	1	11
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	3	4	0	7	2	14	0	0	25	5	33	3	9
T-DRU	18	11	5	11	5	19	4	0	2	63	24	3	41
T-FAC	40	29	10	30	13	38	3	0	3	19	46	3	89
T-DIF	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	2

Tabela 34

Frequência absoluta de categorias de resposta do terapeuta diante de categorias de resposta do cliente no lag 3 no caso Carolina.

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	53	0	32	0	37	12	0	7	25	48	1	60
C-EXP	40	0	19	0	29	23	0	1	15	37	0	36
C-CONT	9	0	10	0	15	6	0	1	1	13	0	5
C-MET	19	0	56	0	30	7	0	8	4	31	1	30
C-AVA	6	0	13	0	15	8	0	4	2	14	1	7
C-ANA	28	0	19	0	106	13	0	14	29	39	1	34
C-VAL	4	0	3	0	14	8	0	3	4	7	0	6
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	3	0	1	0	0	25	5	4	0	3
C-DRU	11	0	4	0	6	2	0	6	56	21	1	27
C-FAC	22	0	42	0	71	18	0	27	40	50	1	47
C-DIF	4	0	2	0	8	0	0	1	2	4	0	2

As Tabelas 35 e 36 apresentam as probabilidades de transição em *lag 1* de uma categoria do SICARECC dado outra categoria durante todo o processo de terapia do caso Heitor. Em negrito foram destacadas as sequências de categorias que possuem probabilidade transicional igual ou superior a 0,15. Não foram incluídas as probabilidades de transição em *lag 3* pois, no conjunto dos dados, elas não forneciam dados discrepantes do *lag 1*, somente menor frequência de sequências analisadas pelo SICARECC, uma vez que mais sequências acabavam por serem incluídas na coluna n/a.

Descartando as sequências que incluem falas de facilitar e dificultar progresso e aquelas com sequência não categorizada (i.e. n/a), no caso do *lag* 1, estas foram as sequências T-EXP/C-OBE, T-EXP/C-EXP, T-MET/C-MET, T-ANA/C-ANA, T-VAL/C-OBE, T-VAL/C-EXP, T-VAL/C-AVA, T-CONC/C-CONC, T-DIA/C-DIA, T-DRU/C-DRU, C-OBE/T-EXP, C-EXP/T-EXP, C-CONT/T-MET, C-MET/T-MET, C-AVA/T-VAL, C-AVA/T-DIA, C-ANA/T-ANA, C-VAL/T-EXP, C-VAL/T-ANA, C-VAL/T-VAL, C-CONC/T-CONC, C-CONC/T-DIA, C-DIA/T-DIA e C-DRU/T-DRU.

Tabela 35

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Heitor

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	0,26	0,42	0,01	0,03	0,02	0,02	0,00	0,00	0,03	0,02	0,09	0,03	0,10
T-CONT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
T-MET	0,05	0,03	0,01	0,55	0,02	0,07	0,00	0,01	0,03	0,00	0,18	0,04	0,01
T-AVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
T-ANA	0,08	0,03	0,00	0,04	0,02	0,49	0,00	0,00	0,02	0,01	0,23	0,04	0,03
T-VAL	0,17	0,17	0,07	0,07	0,24	0,03	0,07	0,00	0,00	0,00	0,14	0,03	0,00
T-CONC	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,75	0,03	0,00	0,13	0,00	0,03
T-DIA	0,05	0,06	0,01	0,02	0,02	0,02	0,00	0,01	0,49	0,00	0,25	0,03	0,03
T-DRU	0,08	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,02	0,04	0,58	0,21	0,04	0,00
T-FAC	0,11	0,07	0,00	0,12	0,01	0,06	0,00	0,03	0,23	0,01	0,15	0,01	0,20
T-DIF	0,14	0,00	0,10	0,14	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,05	0,05	0,14	0,29

Tabela 36

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Heitor

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	0,38	0,00	0,08	0,00	0,08	0,02	0,00	0,06	0,04	0,25	0,03	0,05
C-EXP	0,40	0,00	0,11	0,01	0,06	0,03	0,00	0,07	0,01	0,21	0,01	0,09
C-CONT	0,00	0,00	0,18	0,00	0,09	0,09	0,00	0,00	0,09	0,09	0,36	0,09
C-MET	0,03	0,00	0,67	0,00	0,08	0,00	0,00	0,03	0,01	0,15	0,01	0,03
C-AVA	0,11	0,00	0,11	0,00	0,11	0,41	0,00	0,15	0,00	0,04	0,07	0,00
C-ANA	0,05	0,00	0,12	0,00	0,55	0,01	0,00	0,03	0,01	0,16	0,00	0,07
C-VAL	0,33	0,00	0,00	0,00	0,33	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C-CONC	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,46	0,17	0,00	0,27	0,02	0,02
C-DIA	0,02	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,02	0,59	0,02	0,27	0,01	0,01
C-DRU	0,05	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,02	0,14	0,55	0,17	0,00	0,02
C-FAC	0,07	0,00	0,14	0,00	0,22	0,02	0,01	0,21	0,04	0,11	0,00	0,17
C-DIF	0,18	0,00	0,18	0,00	0,15	0,00	0,00	0,21	0,00	0,18	0,08	0,03

As Tabelas 37 e 38 apresentam as probabilidades de transição em lag 1 de uma categoria do SICARECC dado outra categoria durante todo o processo de terapia do caso Laís. Em negrito foram destacadas as sequências de categorias que possuem probabilidade transicional igual ou superior a 0,15. Novamente não foram incluídas as probabilidades em lag 3 pelo motivo destacado acima.

Descartando as sequências que incluem falas de facilitar e dificultar progresso e aquelas com sequência não categorizada, no caso do lag 1, estas foram as sequências T-EXP/C-EXP, T-MET/C-MET, T-ANA/C-ANA, T-VAL/C-ANA, T-VAL/C-VAL, T-CONC/C-CONC, T-DIA/C-ANA, T-DIA/C-DIA, T-DRU/C-DRU, C-OBE/T-EXP, C-EXP/T-EXP, C-CONT/T-EXP, C-CONT/T-ANA, C-MET/T-MET, C-MET/T-ANA, C-AVA/T-EXP, C-AVA/T-MET, C-AVA/T-ANA, C-ANA/T-ANA, C-VAL/T-EXP, C-VAL/T-ANA, C-VAL/T-VAL, C-CONC/T-CONC, C-DIA/T-DIA e C-DRU/T-DRU.

Tabela 37

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Laís

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	0,11	0,47	0,07	0,03	0,01	0,05	0,01	0,01	0,00	0,02	0,12	0,02	0,09
T-CONT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
T-MET	0,05	0,04	0,03	0,30	0,01	0,11	0,00	0,00	0,00	0,02	0,37	0,05	0,01
T-AVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
T-ANA	0,04	0,03	0,05	0,04	0,00	0,45	0,01	0,00	0,01	0,02	0,30	0,02	0,01
T-VAL	0,05	0,04	0,07	0,02	0,02	0,16	0,21	0,00	0,00	0,03	0,29	0,03	0,07
T-CONC	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,46	0,00	0,00	0,29	0,11	0,04
T-DIA	0,00	0,13	0,00	0,08	0,00	0,17	0,00	0,00	0,25	0,00	0,38	0,00	0,00
T-DRU	0,08	0,02	0,05	0,04	0,01	0,06	0,00	0,00	0,00	0,33	0,37	0,02	0,02
T-FAC	0,13	0,15	0,07	0,11	0,01	0,15	0,00	0,01	0,01	0,08	0,11	0,01	0,17
T-DIF	0,26	0,11	0,11	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,16

Tabela 38

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Laís

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	0,28	0,01	0,13	0,00	0,10	0,01	0,00	0,01	0,06	0,31	0,06	0,04
C-EXP	0,39	0,00	0,08	0,00	0,10	0,03	0,00	0,00	0,03	0,30	0,00	0,06
C-CONT	0,19	0,00	0,07	0,00	0,18	0,11	0,00	0,01	0,06	0,34	0,03	0,02
C-MET	0,03	0,00	0,45	0,00	0,17	0,05	0,00	0,01	0,01	0,25	0,00	0,04
C-AVA	0,18	0,00	0,18	0,00	0,12	0,24	0,00	0,00	0,12	0,18	0,00	0,00
C-ANA	0,05	0,00	0,09	0,00	0,45	0,05	0,01	0,01	0,04	0,24	0,01	0,06
C-VAL	0,10	0,00	0,03	0,00	0,17	0,28	0,00	0,00	0,10	0,17	0,00	0,14
C-CONC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	0,00	0,31	0,00	0,06
C-DIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,58	0,00	0,25	0,00	0,08
C-DRU	0,07	0,00	0,03	0,00	0,04	0,03	0,01	0,01	0,46	0,31	0,00	0,05
C-FAC	0,06	0,00	0,15	0,00	0,31	0,07	0,02	0,02	0,23	0,06	0,00	0,07
C-DIF	0,15	0,00	0,28	0,00	0,24	0,09	0,02	0,02	0,13	0,02	0,00	0,04

As Tabelas 39 e 40 apresentam as probabilidades de transição em lag 1 de uma categoria do SICARECC dado outra categoria durante todo o processo de terapia do caso Carolina. Em negrito foram destacadas as seqüências de categorias que possuem probabilidade transicional igual ou superior a 0,15. Mais uma vez, não foram incluídas as probabilidades em lag 3 pelo motivo destacado acima.

Descartando as sequências que incluem falas de facilitar e dificultar progresso e aquelas com sequência não categorizada, no caso do *lag 1*, estas foram as sequências T-EXP/C-OBE, T-EXP/C-EXP, T-MET/C-MET, T-ANA/C-ANA, T-VAL/C-ANA, T-VAL/C-VAL, T-DIA/C-DIA, T-DRU/C-DRU, C-OBE/T-EXP, C-EXP/T-EXP, C-CONT/T-EXP, C-CONT/T-MET, C-CONT/T-ANA, C-MET/T-MET, C-AVA/T-EXP, C-AVA/T-MET, C-AVA/T-ANA, C-AVA/T-VAL, C-ANA/T-ANA, C-VAL/T-ANA, C-VAL/T-VAL, C-DIA/T-DIA e C-DRU/T-DRU.

Tabela 39

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do terapeuta e categorias do cliente do SICARECC no caso Carolina

	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU	C-FAC	C-DIF	N/A
T-EXP	0,18	0,40	0,06	0,06	0,04	0,04	0,02	0,00	0,00	0,02	0,09	0,02	0,07
T-CONT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
T-MET	0,10	0,05	0,03	0,34	0,07	0,09	0,02	0,00	0,00	0,01	0,25	0,02	0,02
T-AVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
T-ANA	0,07	0,03	0,05	0,06	0,04	0,39	0,02	0,00	0,01	0,02	0,21	0,02	0,10
T-VAL	0,10	0,05	0,02	0,10	0,08	0,15	0,17	0,00	0,01	0,00	0,26	0,01	0,05
T-CONC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
T-DIA	0,01	0,03	0,01	0,06	0,01	0,12	0,00	0,00	0,30	0,04	0,35	0,04	0,03
T-DRU	0,11	0,06	0,01	0,02	0,02	0,09	0,00	0,00	0,01	0,36	0,22	0,01	0,07
T-FAC	0,23	0,10	0,03	0,12	0,03	0,15	0,02	0,00	0,00	0,08	0,06	0,01	0,16
T-DIF	0,50	0,00	0,13	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00

Tabela 40

Probabilidade de transição em lag 1 entre categorias do cliente e categorias do terapeuta do SICARECC no caso Carolina

	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DRU	T-FAC	T-DIF	N/A
C-OBE	0,28	0,00	0,09	0,00	0,11	0,04	0,00	0,01	0,09	0,32	0,01	0,05
C-EXP	0,33	0,00	0,11	0,00	0,10	0,06	0,00	0,02	0,05	0,25	0,00	0,06
C-CONT	0,28	0,00	0,20	0,00	0,17	0,09	0,00	0,05	0,05	0,13	0,00	0,03
C-MET	0,08	0,00	0,39	0,04	0,12	0,03	0,00	0,03	0,05	0,23	0,01	0,02
C-AVA	0,16	0,00	0,16	0,00	0,17	0,22	0,00	0,04	0,04	0,16	0,00	0,04
C-ANA	0,08	0,00	0,05	0,00	0,50	0,05	0,00	0,05	0,07	0,19	0,00	0,03
C-VAL	0,06	0,00	0,04	0,00	0,18	0,45	0,00	0,04	0,04	0,16	0,00	0,02
C-CONC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C-DIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,80	0,05	0,10	0,00	0,00
C-DRU	0,04	0,00	0,01	0,00	0,03	0,03	0,00	0,04	0,52	0,25	0,00	0,07
C-FAC	0,07	0,00	0,15	0,00	0,32	0,07	0,00	0,09	0,16	0,07	0,00	0,07
C-DIF	0,22	0,00	0,22	0,00	0,17	0,00	0,00	0,13	0,13	0,13	0,00	0,00

7.6.7. Entrevista de mudança psicoterapêutica

Após quinze sessões na fase A+B, cada um dos participantes participou de uma sessão de encerramento, no qual foi feita a entrevista semi-estruturada EMP. A transcrição desta entrevista foi analisada por meio do processo de categorização aberta e axial da *Grounded Theory*. Em todos os três participantes, foram identificadas quatro grandes categorias principais (eixo I): mudanças clínicas, atribuições de mudanças, aspectos negativos e participação em pesquisa. Todas as quatro foram então subdivididas em novas categorias (eixo II e eixo III), que variaram para cada participante do modo delineado a seguir.

7.6.7.1. Caso Heitor

Ao acompanhar a Tabela 41, é possível observar que Heitor identificou quatro principais elementos de melhora clínica: maior autoconhecimento, especialmente relativo à observação de padrões de pensamentos recorrentes e da percepção da ineficácia de tentativas de controlar seus pensamentos; maior autocompaixão, passando a ser menos crítico e julgador a respeito de si mesmo e suas ações; aceitação de pensamentos, deixando de lutar contra a presença deles; e maior capacidade de estar presente nas atividades em que está engajado, derivando maior satisfação e usufruto.

O participante discerniu quatro intervenções responsáveis por essas mudanças: a categorização dos padrões de pensamentos recorrentes; a personificação destas categorias em

termos das figuras do planejador, analista de erros, *gut*, sonhador e investidor; a reflexão em voz alta de seu próprio comportamento em diálogo com o terapeuta; e o contato emocional mais intenso ao relembrar experiências marcantes de sua história de vida, em especial a infância.

Como aspectos negativos, Heitor salientou a dificuldade em compreender o caminho do processo terapêutico que seria percorrido nas primeiras sessões, lembrando de ter pensado que as conversas estavam sendo superficiais; e o incômodo diante de ainda procrastinar.

Por fim, ao comentar sobre sua experiência de pesquisa, ele apontou que não teve problemas em falar diante de um gravador ou ter os dados coletados utilizados para pesquisa; e que sentiu que mudou sua compreensão das perguntas do questionário ao longo da terapia.

Tabela 41

Categorias decorrentes da *Grounded Theory* da EMP do caso Heitor

Eixo I	Eixo II	Eixo III
Mudanças clínicas	Autoconhecimento	Padrões de pensamentos recorrentes
		Ineficácia de controle dos pensamentos
	Autocompaixão	
	Aceitação dos pensamentos	
Atribuições de mudanças	Estar presente	
	Categorização do pensar	
	Personificação de categorias do pensar	
	Reflexão em voz alta	
Aspectos negativos	Contato emocional com momentos do passado	
	Falta de compreensão do processo no início	
Participação em pesquisa	Procrastinação ainda presente	
	Tranquilidade diante de exposição	
	Alterações na compreensão dos questionários	

7.6.7.2. Caso Laís

Como apontado Tabela 42, em relação às mudanças clínicas, Laís também identificou um aumento em seu autoconhecimento, porém especialmente na sua capacidade de olhar para

si mesma com maior frequência e fazer análises de seu comportamento de forma mais concreta e menos ruminativa. Ademais, ela relatou ser mais bem capaz de aceitar seus próprios pensamentos, sentimentos e vontades; expressar suas opiniões e vontades, mesmo diante de pensamentos contrários à esta ação, como invalidações e preocupações sobre o impacto no outro; e valorizar os avanços que fez em direção à mudança clínica. Além disso, Laís também expressou ter mudado sua visão da terapia de um lugar onde receberia conselhos para um no qual ela teria um papel mais ativo.

Como elementos responsáveis por tais mudanças clínicas, Laís atribuiu aspectos do manejo clínico, como o caráter gradual das observações e análises de modo a permitir uma apreensão cumulativa do seu próprio comportamento; o diálogo reflexivo, pautado por questões abertas e não interpretações já elaboradas fornecidas pelo terapeuta; e a síntese das análises promovida pelo terapeuta e enfatizada por diagramas, desenhos ou signos (e.g., música). Ademais, a técnica de pausar o fluxo de pensamentos quando percebia que iria “atolar” foi destacada como um fator importante para mudanças. Fora de terapia, a participante colocou a importância de *insights* que tinha fora de sessão, quando percebia os padrões analisados em terapia ocorrendo ao vivo; momentos no qual ela se via no papel de ajudar amigas em sofrimento psicológico e tentava utilizar estratégias e *insights* advindos da terapia; e a mudança nas dinâmicas de relacionamentos interpessoais importantes, se afastando de algumas pessoas e construindo relações mais íntimas com outras.

Para ela, também houve uma confusão inicial por não compreender o processo terapêutico nas primeiras sessões. Como outro ponto negativo, ela destaca que o tema do abuso sexual poderia ter sido mais abordado e aprofundado ao longo das sessões.

Em relação aos aspectos da pesquisa, Laís afirmou que muitas vezes respondeu os questionários pensando no seu comportamento de modo mais amplo e não naquela semana específica, como solicitavam os questionários; e avaliando o progresso, disse que esperaria que os escores no CFQ e no VQ tivessem sofrido alterações, mas sem grandes mudanças no GAD-7.

Tabela 42

Categorias decorrentes da *Grounded Theory* da EMP do caso Laís

Eixo I	Eixo II	Eixo III
Mudanças clínicas	Autoconhecimento	Auto-observação
		Auto-análise

	Aceitação
	Assertividade diante de pensamentos contrários
	Valorização de melhoras clínicas
	Expectativa de terapia como um lugar de conselhos
Atribuições de mudanças	Observações e análises graduais
	Diálogo reflexivo
	Síntese das análises
	Pausas nos fluxos de pensamentos
	<i>Insights</i> fora de sessão
	Ajudar amigas em sofrimento
	Mudanças nos relacionamentos interpessoais
Aspectos negativos	Falta de compreensão do processo no início
	Falta de aprofundamento sobre tema do abuso sexual
Participação em pesquisa	Respondeu questionários sobre comportamento em geral e não sobre semana específica
	Impressão de que teve mudanças no CFQ e VQ, mas não GAD-7

7.6.7.3. Caso Carolina

Já a análise da EMP de Carolina (Tabela 43) apontou que a participante salientou mudanças em seu autoconhecimento, com aumento de auto-observação e auto-análise, especialmente ao integrar os seus padrões atuais de comportamento com sua história de vida; na sua capacidade de expressar sentimentos e pensamentos, seja dentro de sessão para o terapeuta ou fora de sessão para pessoas em seu círculo social; em autocompaixão; na aceitação de sua experiência psicológica; no engajamento em atividades fora de sessão (relacionadas à busca de estágio, estudo de inglês e atividades sociais); na saúde física, especialmente em relação ao peso; e na visão da terapia, passando de uma atividade passiva onde receberia conselhos para uma atividade ativa, na qual deveria se engajar em atividades para melhorar.

Para a participante, estas mudanças podem ser atribuídas à diversos fatores. Primeiramente, à credibilidade e confiança na figura do terapeuta (especialmente por se tratar de uma pesquisa na qual ela foi selecionada). Ela também mencionou o aspecto gradual da terapia como um fator importante, que permitiu absorver as novas análises e estratégias para lidar com problemas aos poucos, com expectativa positiva para o próximo passo. Algumas

estratégias mais específicas neste processo gradual foram destacadas, como o uso de analogias e metáforas para facilitar a compreensão; a análise da utilidade dos pensamentos, ponderando sobre a funcionalidade destes; e a desobediência ativa destes pensamentos quando se mostravam inúteis. Um último aspecto dentro de terapia mencionado como importante para a mudança foi a postura de pouca pressão do terapeuta para se engajar em ações, “pegando leve”, em contraposição à última terapia na qual se sentiu pressionada e acabou mentindo para a antiga terapeuta em determinados momentos. Em relação aos aspectos fora de sessão, Carolina destacou o fato de morar fora da casa dos pais, um ambiente extremamente aversivo; e os momentos no qual tentava explicar as análises e estratégias aprendidas em terapia para outras pessoas, em especial, sua namorada.

Como aspectos negativos, Carolina trouxe a descontinuação do trabalho inicial de clarificação de valores, que gostaria que tivesse continuado ao longo do processo; e o fato de ainda procrastinar e nem sempre conseguir desobedecer pensamentos que avaliava como inúteis.

Finalmente, sobre sua experiência como participante de pesquisa, ela relatou se sentir tranquila para falar sobre si, mesmo diante do gravador; e ter dificuldades no preenchimento dos questionários, usualmente preenchendo-os pensando em seu comportamento de modo global e não somente na última semana e tendendo a preenchê-los enfatizando extremos, com menor sensibilidade à pequenas variações.

Tabela 43

Categorias decorrentes da *Grounded Theory* da EMP do caso Carolina

Eixo I	Eixo II	Eixo III
Mudanças clínicas	Autoconhecimento	Auto-observação
		Auto-análise
	Expressão de sentimentos e pensamentos	Dentro de sessão
		Fora de sessão
	Autocompaixão	
	Aceitação	
	Engajamento em atividades	Busca de estágio
		Estudo de inglês
		Atividades sociais
		Melhoras na saúde física

	Expectativa de terapia como um lugar de conselhos
Atribuições de mudanças	Credibilidade e confiança no terapeuta
	Observações e análises graduais
	Analogias e metáforas
	Análise da utilidade de pensamentos
	Desobedecer pensamentos
	Pouca pressão do terapeuta para engajamento em tarefas de casa
	Explicar análises para outras pessoas
Aspectos negativos	Sair da casa dos pais
	Descontinuação do trabalho inicial de valores
Participação em pesquisa	Procrastinação ainda presente
	Tranquilidade diante de exposição
	Respondeu questionários sobre comportamento em geral e não sobre semana específica
	Tendência a responder de forma extremada os questionários

7.7. Discussão

7.7.1. Análise funcional comparativa entre casos

Apesar da conceituação de caso para cada participante ser idiográfica, quando comparamos as análises funcionais apresentadas nas Figuras 19, 20 e 21 é possível observar algumas semelhanças interessantes.

Em primeiro lugar, a despeito do caráter generalizado da ansiedade dos três participantes, característico do diagnóstico de TAG, muitos dos eventos aversivos identificados na análise funcional estavam, em última instância, relacionados a punições sociais. Diferentes tipos de julgamentos eram os mais temidos por cada um dos participantes, com Heitor com ansiedade de ser visto como alguém com desempenho ordinário ou socialmente estranho; Laís com ansiedade de ser julgada como “lerdinha”; e Carolina com ansiedade relacionada à julgamentos sobre ser desinteressante, burra ou preguiçosa. Porém, todos se referem a opinião de outras pessoas e suas reações (e.g., julgamentos ou abandonos). Mesmo aquelas respostas de ansiedade, controle e evitação que inicialmente aparentavam estar sob controle de resultados tangíveis de sucesso/fracasso (como desempenho acadêmico ou sucesso profissional), foram,

a partir da análise funcional, melhor concebidos como estando sob controle do reconhecimento ou julgamento social diante destes fracassos.

Ao olhar para a história de vida dos três participantes, a predominância de reforçadores sociais no controle do comportamento não é inesperada. A despeito da particularidade de cada história, todas são marcadas por punições sociais diante de respostas incongruentes com as expectativas de outras pessoas, caracterizando extensas histórias de amor condicional. Heitor sendo criticado por pais e cuidadores ao não atingir determinados critérios acadêmicos; com o amigo de infância abandonando-o e colegas de faculdade humilhando-o ao não demonstrar um repertório social amplo. Laís sofrendo julgamentos e abandonos por não se adequar às expectativas dos pais, das amigas, dos namorados, do clube e do movimento estudantil, além de ter sofrido abuso sexual. E Carolina sofrendo violências físicas e verbais de seu pai, sua mãe e um ex-namorado abusivo, além de abandonos em relacionamentos amorosos e de amizade e julgamentos na universidade.

Diante destas histórias, os três participantes aprenderam a se esquivar da estimulação aversiva. Carolina desenvolveu estratégias predominantemente passivas, afastando e se isolando de interações com outras pessoas e procrastinando atividades acadêmicas ou laborais. Já Heitor aprendeu estratégias predominantemente ativas no contexto de demandas acadêmicas e artísticas (engajamento e resolução de problemas) e predominantemente passivas no contexto de interações sociais (isolamento e silenciamento). Por fim, Laís também demonstrou um repertório misto de esquivas passivas e ativas, porém sem uma separação tão nítida de acordo com o contexto, como Heitor: ora silenciando e concordando com outras pessoas, ora se engajando em um grande número de atividades para agradar e atender às expectativas.

Embora as estratégias de esquiva sejam diversas, o repertório dos três participantes é relativamente rígido, com o mesmo pequeno conjunto de respostas sendo emitido com alta probabilidade. Apesar da rigidez, o repertório de Laís era mais amplo do que dos outros dois participantes, especialmente diante de interações sociais.

Diante destes contextos históricos marcados pela aversividade, os três participantes passaram a ter pensamentos recorrentes com funções predominantemente autorregulatórias, aumentando a probabilidade de eles se engajarem nas respostas de fuga e esquiva descritas acima. Heitor e Carolina compartilhavam pensamentos de responsabilizar, com deveres e obrigações do que eles precisam cumprir, especialmente relacionado a demandas acadêmicas e profissionais (com Carolina também incluindo atividades relacionadas a ajudar a família). Eles também compartilham pensamentos de fatalizar. Porém, estes são bem mais presentes para Carolina e se referem a um conjunto muito amplo de ações, enquanto no caso de Heitor

isso está mais restrito a interações sociais com pessoas que não é próximo ou relacionamentos amorosos.

Os três participantes compartilham pensamentos de preocupar e ruminar. O preocupar de Laís e Carolina se refere tanto à suas demandas acadêmicas e profissionais quanto ao impacto que tem sobre outras pessoas, enquanto o preocupar de Heitor é mais restrito ao primeiro tópico (no segundo é mais provável a ocorrência do fatalizar). O ruminar de Heitor e Carolina é mais marcado por ficar preso em ações específicas no passado em que acreditaram terem cometido erros, sendo bastante julgadores com si mesmos. Já o ruminar de Laís é mais analítico, buscando encontrar explicações para seu comportamento, progressivamente mais complexas e abstratas, não levando a respostas ou direcionamento de ações concretas.

Por fim, Laís também tem frequentes pensamentos de invalidar, minimizando suas opiniões, vontades e sentimentos.

Diante da discussão de temas difíceis em sessão, as respostas de controle utilizadas pelos participantes também divergiam. Heitor costumava se retrair da interação, fechar o corpo em si mesmo, desviar o olhar e parar de falar. Laís tendia a rir em situações incompatíveis com o conteúdo discutido. E Carolina ora ria como Laís, ora julgava abertamente o que estava pensando.

7.7.2. Efetividade dos processos terapêuticos

Para avaliar a efetividade dos processos terapêuticos é interessante considerar dados provenientes de diversas fontes e compará-los, com o intuito de integrar tipos de informações diferentes e modos de análise quantitativo e qualitativo. No caso do presente estudo, isto significa os dados quantitativos trazidos pelas escalas de autorrelato preenchidas pelos participantes, as frequências de categorias individuais e sequências de categorias de falas em sessão categorizadas pelo SICARECC e a probabilidade de transição entre duas categorias do SICARECC; e os dados qualitativos provenientes das descrições do terapeuta dos processos terapêuticos e das descrições dos participantes do durante a EMP.

Começando pelo caso Heitor, as análises das escalas de autorrelato indicam uma melhora substancial em termos de fusão cognitiva (CFQ) e sintomas de ansiedade (GAD-7), mas sem grandes alterações em termos de engajamento em ações congruentes com valores (VQ). Já as análises das frequências relativas de CCRs 1 e 2 indicam que houve um grande decréscimo de CCRs 1 e um aumento substancial em CCRs 2, apesar de ambos não atingirem estabilidade de dados. Integrando os dados quantitativos, eles parecem convergir para a conclusão de que Heitor experienciou melhoras clinicamente significativas ao longo do

processo terapêutico, porém seu novo padrão comportamental ainda está vulnerável a ressurgências do padrão antigo, caracterizando na fase de ação no modelo transteórico de estágios de mudança (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Esta conclusão é corroborada pelo relato de Heitor na EMP, na qual ele descreve ter passado por mudanças significativas, especialmente em relação a melhoras na consciência de padrões de pensar, percepção da ineficácia do controle de pensamentos e aceitação destes, autocompaixão e capacidade de estar presente no momento, porém por vezes ainda se engaja em padrões de ação que o desagradam, como procrastinar.

A análise qualitativa do terapeuta também vai de encontro a esses dados, com a avaliação de que Heitor passou a consistentemente perceber seus padrões de pensar conforme eles surgem, nomeá-los como planejador, *gut*, analista de erros, sonhador e investidor, e dialogar com eles, escolhendo com maior consciência o que quer fazer no momento-a-momento. Porém, na visão do terapeuta, ainda é necessário fortalecer estes comportamentos para aumentar a probabilidade de que eles ocorram mesmo diante de eventos negativos em sua vida, como foi o caso das sessões em que o padrão antigo de Heitor, descrito por meio do FACCM e marcado por um estado de fusão cognitiva ressurgindo.

Focando nesses momentos de ressurgência, as sessões 15, 16 e 19 foram caracterizadas por episódios no meio da sessão no qual o participante descreveu estar frustrado diante de dificuldade em se engajar em atividades acadêmicas, demonstrando um padrão de fusão cognitiva e rigidez na interação. Porém, a dinâmica de interação com o terapeuta favoreceu que o participante emitisse respostas de auto-observação, auto-análise, dialogasse com seus pensamentos e planejasse ações concretas, reduzindo a fusão ao longo do episódio. Esta análise qualitativa é corroborada pelo fato de que a frequência de fala categorizadas de CCRs 1 foram altas, mas as de CCRs 2 também.

O mesmo não pode ser dito das sessões 20 e 22, que se destacaram negativamente pelo fato do participante demonstrar estar sob forte controle verbal logo no início da sessão após uma briga com os amigos e dificuldades em se engajar em atividades acadêmicas, respectivamente. A análise de que esse estado era forte desde começo da interação é corroborado pelos aumentos drásticos no CFQ e na subescala obstrução do VQ e pela queda abrupta da subescala de progresso do VQ, questionários preenchidos antes de iniciar a sessão de terapia. Este estado também pode ser observado na frequência de categorias de falas de Heitor, com uma frequência alta de CCRs 1 e muito baixa de CCRs 2, indicando que esse estado predominou ao longo da sessão.

Partindo para o caso Laís, as escalas de autorrelato não sugerem que a participante teve melhoras clínicas em nenhuma das três esferas avaliadas, com seus escores do CFQ, VQ e GAD-7 permanecendo relativamente estáveis ao longo de todo o processo. Entretanto, ao observar as outras fontes de dados, esta afirmação encontra contradições.

Em primeiro lugar, houve uma clara queda na frequência de falas categorizadas como CCRs 1, que inicialmente compreendiam entre 14,51% e 31,42% das sessões da fase A e foram progressivamente diminuindo a partir da fase A+B até corresponder a 5% ou menos nas sessões finais. Ademais, a frequência de falas categorizadas como CCRs 2 aumentaram em proporção a partir da sessão 13 e passaram de escores nulos a um ponto de predominarem sobre CCRs 1.

Os dados qualitativos também indicam mudanças clínicas positivas e significativas. A descrição do terapeuta aponta para mudanças importantes no sentido de ser cada vez mais capaz de se expressar mesmo diante de pensamentos contrários, como invalidar e preocupar, progressivamente expressando seus descontentamentos e discordâncias dentro do movimento estudantil, sendo assertiva com seu namorado, compartilhando intimidades e pedindo ajuda para suas amigas e se engajando em atividades importantes na sua vida que não são produtivas em termos profissionais ou políticos. Nas sessões finais ela também se mostrou capaz de perceber a funcionalidade de seus pensamentos, fazer pausas quando sentia que não eram úteis (i.e. estava atolando) e redirecionar para ações concretas.

Esta análise foi compartilhada pela própria participante como pode ser observado nos dados do EMP, com ela se descrevendo como mais consciente de si, capaz de aceitar e validar suas próprias experiências psicológicas, sendo mais assertiva com outras pessoas e valorizando seus progressos.

O EMP também oferece uma possível explicação para a dissonância entre os escores nas escalas de autorrelato e as demais fontes de dados. Nas próprias palavras da cliente a respeito da experiência de preencher os questionários: “Até esse momento que você questionou se eu estava entendendo e eu percebi que no começo eu parava e olhava que um [questionário] era diferente do outro, mas depois eu esqueci. E eu ia respondendo, meio “vai respondendo” e nem tinha olhado se era de uma semana ou da outra”. Esse relato de Laís indica que ela teve um padrão de responder questionários enviesado e extremado (cf. Paulhus, 1991; Paulhus & Vazire, 2007), com suas respostas sob controle de seu comportamento em termos amplos, de forma análoga a um teste de personalidade, e pouco sensíveis à sua experiência momento-a-momento ao longo da semana. Tal padrão comportamental é congruente com outras esferas de sua vida, nas quais ela tende a estar pouco centrada em sua própria experiência e mais atenta às outras pessoas e seus possíveis sinais de julgamento. Ao ponto que ela destacou na EMP o

aumento da observação como uma melhora clínica importante ao longo do processo terapêutico. Em conclusão, os dados das escalas de autorrelato de Laís devem ser interpretados com cuidado, levando em consideração as demais fontes de dados e esse viés relatado pela própria participante.

Um ponto importante do processo terapêutico de Laís a ser destacado são as mudanças nos dados quantitativos durante as sessões 17, 18 e 19, que destoam das demais sessões. Mais especificamente, a queda abrupta na frequência das categorias disruptivas do terapeuta e do cliente, o aumento significativo das categorias metacognitiva e analítica de ambos e as alterações nos escores do CFQ e do VQ obstrução na sessão 18. A descrição do processo terapêutico feito pelo terapeuta indica que houve uma mudança na dinâmica durante essas três sessões, nas quais foram abordadas classes de pensamentos distintas daquelas que vinham sendo trabalhadas. De modo que a maior parte da sessão foi usada para observar estas regularidades no pensar e analisá-las, como havia sido feito com o invalidar e preocupar anteriormente, para então retomar o seu engajamento em ações valorizadas.

Passando para o caso Carolina, os gráficos dos escores nas escalas de autorrelato são similares aos de Laís no sentido de que permaneceram relativamente estáveis ao longo das sessões, sugerindo que não houve mudanças clínicas significativas. Ademais, os dados qualitativos e quantitativos apontam que o prognóstico seria menos favorável do que os outros dois participantes em função de apresentar os maiores escores no CFQ, a maior frequência absoluta de falas C-OBE na fase A e na terapia como um todo e a análise funcional de um padrão de esquiva mais passivo.

Porém, assim como no caso Laís, a integração de outras fontes de dados possibilita uma análise mais compreensiva e crítica. Em primeiro lugar, Carolina também teve uma clara queda na frequência de falas categorizadas como CCRs 1, que inicialmente compreendiam entre 16,28% e 29,36% das sessões da fase A e foram diminuindo gradualmente a partir da segunda sessão da fase A+B até compreender somente 4,84% das falas na sessão 11. Isso foi logo seguido por um aumento progressivo na frequência dessas categorias, até atingir o pico de 17,5% na sessão 14 (comparável ao menor valor durante a fase A) e uma nova queda progressiva, estabilizando em torno de 8% nas sessões restantes. Do outro lado, a partir da sessão 15 houve um rápido crescimento na frequência de categorias de CCRs 2, que passaram a predominar sobre os CCRs 1 no restante da terapia (com exceção da sessão 19, onde se equiparam), encerrando o processo com uma frequência relativa de 20,16%.

Os dados qualitativos também apontam um cenário positivo. No EMP, a participante relata observar melhoras em termos de auto-observação e auto-análise, aceitação,

autocompaixão, expressão de sentimentos e pensamentos, engajamento em atividades e até melhoras em sua saúde física. Como pontos negativos ela aponta que ainda procrastina com certa frequência e que gostaria de ter aprofundado o trabalho de valores realizado nas sessões iniciais.

Alinhado com o relato da participante, a análise do terapeuta indica que ao longo das sessões, ela demonstrou estar progressivamente mais apta a prever seu próprio comportamento, analisando e normalizando o fato de que seu cérebro irá consistentemente tentar vender-lhe segurança e direcioná-la para respostas de evitação por meio de pensamentos cruéis, fatalistas e autodepreciativos em função do seu histórico de violência interpessoal e dificuldades na faculdade. Ademais, em várias ocasiões, ela conseguiu se engajar em ações que eram importantes para ela a despeito desses pensamentos, como se aproximar de amigos, se engajar na procura de um estágio (mandando o currículo e fazendo entrevistas), estudar inglês e oferecer apoio para sua mãe e irmã. Entretanto, tais avanços, embora importantes e alinhados com seus valores, ainda não são feitos de modo consistente e estão distantes de seus objetivos mais amplos, como ela mesma relata no EMP. De modo que é possível argumentar que ela se encontra em uma fase transitória entre preparação para mudança e ação (cf. Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Assim como no caso Laís, os dados do EMP de Carolina podem fornecer hipóteses para a divergência entre os escores obtidos nas escalas de autorrelato e os demais dados. Ao discutir sobre os questionários, ela descreveu ter dificuldades em valorizar pequenos avanços quando se encontrava muito distante dos seus objetivos, tendendo a assinalar números mais próximos do limite. Nesse sentido, é possível que ela tenha um padrão extremado de responder a questionários (cf. Paulhus, 1991; Paulhus & Vazire, 2007). Portanto, os dados das escalas de autorrelato de Carolina devem ser interpretados com este relato e as demais fontes de dados em mente.

7.7.3. Comparação com modelo racional

A partir dos dados das frequências relativas e absolutas e probabilidade de transição das categorias de falas do terapeuta e do cliente e contando com o auxílio da descrição qualitativa do processo terapêutico, é possível comparar o modelo racional desenvolvido no Estudo III com dados empíricos obtidos em sessões com o objetivo de promover desfusão cognitiva.

Em primeiro lugar, o modelo racional sugere que a partir do marcador de fusão cognitiva, assinalado pela categoria obediente, o terapeuta se engajaria na classe exploratória.

Observando as probabilidades de transição, a sequência C-OBE/T-EXP é a única sequência incluindo C-OBE que ocorre com uma probabilidade maior do que 0,15 nos três casos.

Outra hipótese do modelo é de que haveria uma sequência linear na qual terapeuta e cliente passariam a se engajar progressivamente com mais frequência nas classes exploratória, metacognitiva, analítica e validante, nesta ordem. Observando as frequências das categorias do terapeuta (e excluindo a categoria T-FAC, que não contempla respostas relativas aos pensamentos do cliente), é possível observar nos três casos uma progressão onde inicialmente a classe exploratória predomina sobre as demais, então a classe metacognitiva e na sequência a classe analítica. Igualmente relevante é o fato de que a transição entre as classes predominantes não é uma ruptura abrupta. Pelo contrário, a classe metacognitiva começa a ocorrer com uma frequência significativa enquanto a classe exploratória ainda é a predominante e só com o tempo passa a ser a mais frequente. O mesmo ocorre na transição da classe metacognitiva para a analítica como a mais preponderante.

Este padrão é mais nítido no caso Carolina, no qual a classe exploratória é a mais frequente entre as sessões 1 e 7 e então se torna menos presente, apesar de manter uma frequência importante. Na sessão 7, a classe metacognitiva já ocorre bastante e assume predominância nas sessões 8 e 9, caindo a partir da 10, embora continue a ocorrer nas sessões seguintes. Já a classe analítica, cuja frequência havia aumentado a partir da sessão 8, assume predominância na sessão 10 e se mantém alta até a sessão 13, após a qual sofre uma redução. A Figura 28 mostra essa dinâmica da frequência relativa somente entre as classes exploratória, metacognitiva e analítica do terapeuta entre as sessões 1 e 16 no caso Carolina.

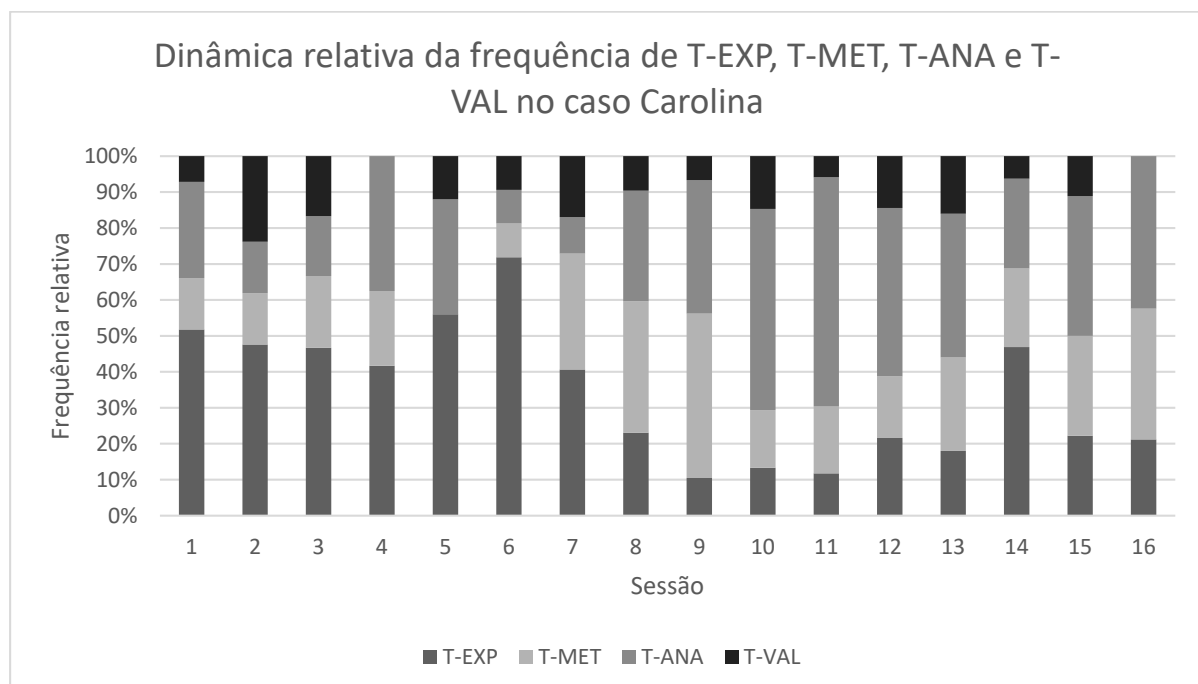


Figura 28. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Carolina.

O mesmo padrão também é claramente observado no caso Laís, onde a classe exploratória é a mais frequente entre as sessões 1 e 6. Embora ela ainda permaneça presente nas sessões seguintes, ela é superada pela classe metacognitiva na sessão 7, que, por sua vez, perde a predominância para a classe analítica na sessão seguinte. Novamente, as transições não são abruptas, com as classes ocorrendo antes e depois de tornarem as mais frequentes em uma determinada sessão. Mas, com o tempo, todas reduzem a frequência. A Figura 29 mostra essa dinâmica da frequência relativa somente entre as classes exploratória, metacognitiva e analítica do terapeuta entre as sessões 1 e 16 no caso Laís.

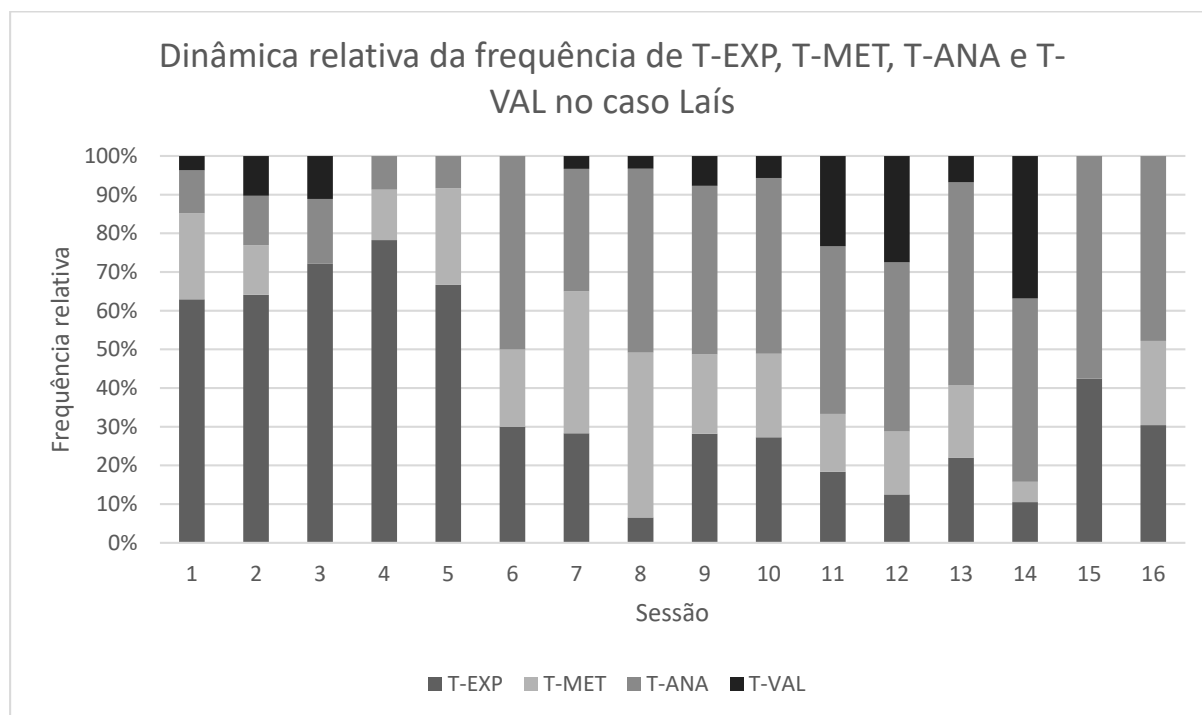


Figura 29. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Laís.

Por fim, no caso Heitor os dados são menos ordenados, porém ainda sugerem uma mesma sequência, com a classe exploratória claramente predominando entre as sessões 1 a 4 e 8 (sofrendo uma redução entre as sessões 5 e 7 e, portanto, se equiparando com a metacognitiva ou validante). A classe metacognitiva torna-se a mais frequente na sessão 9 e passa a alternar com a classe analítica em termos de maior ocorrência entre as sessões 10 e 13, até ambas

reduzirem. A Figura 30 mostra essa dinâmica da frequência relativa somente entre as classes exploratória, metacognitiva e analítica do terapeuta entre as sessões 1 e 14 no caso Heitor.

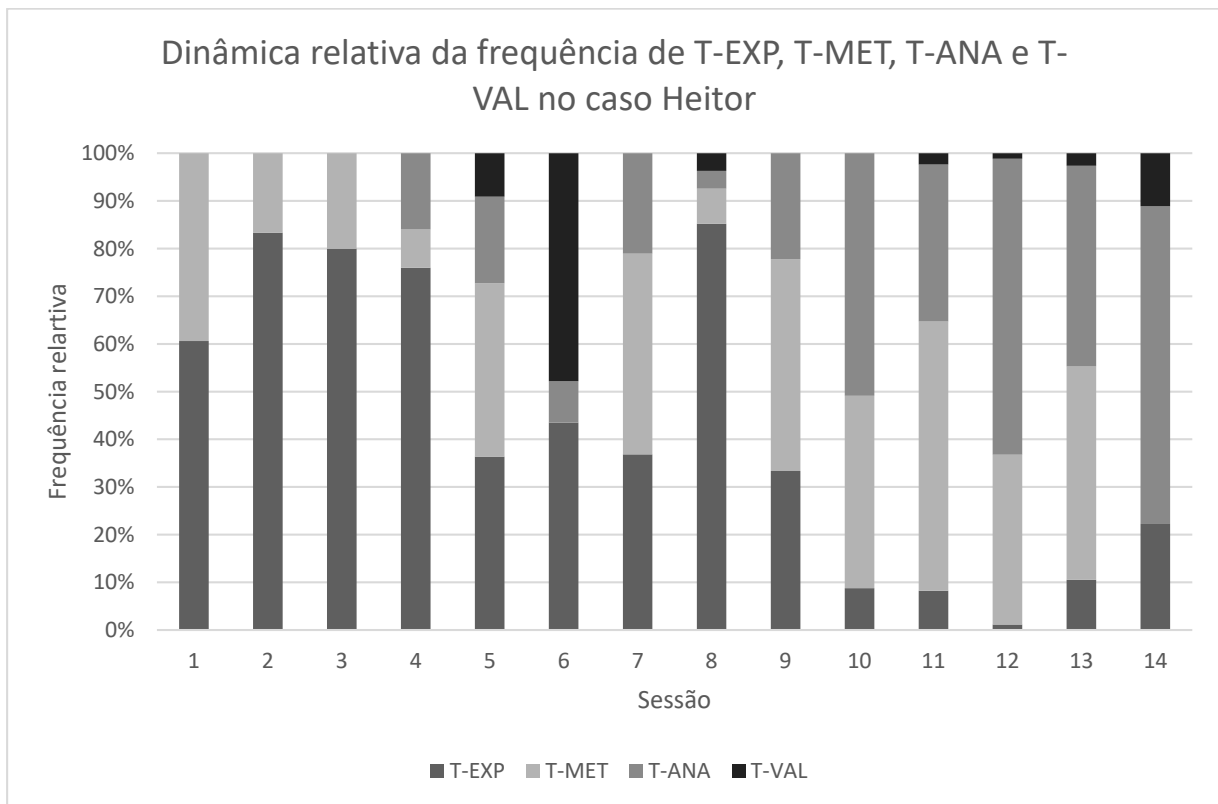


Figura 30. Frequência relativa de falas exploratórias, metacognitivas e validantes nas primeiras sessões do caso Heitor.

Em relação à classe validante, ela não aparenta seguir o padrão delineado acima. Em primeiro lugar, sua frequência é bem menor do que as outras três classes em todos os casos, especialmente no caso Heitor. Em segundo, ela parece ocorrer com frequência absoluta relevante em algumas sessões pontuais, como a de número 6 no caso Heitor, as de número 11 e 12 no caso Laís e as de número 7, 10, 12 e 17 no caso Carolina. Observando as descrições dos processos terapêuticos, esses pontos destoantes da classe validante parece estar mais relacionada a sessões no qual ou o participante estava emitindo muitas respostas de avaliação (sessão 6 do Heitor) ou de controle (sessão 12 da Laís e 7 da Carolina) ou o terapeuta estava desenvolvendo análises históricas do processo de pensar e validava pensamentos no processo (sessão 11 da Laís e 10, 12 e 17 da Carolina). Observando as transcrições das sessões, muitas falas categorizadas como validantes envolviam a normalização dos pensamentos do participante ao contextualizá-lo no contexto histórico, em contingências atuais ou autorrevelações do terapeuta com o intuito de explicar princípios comportamentais universais.

Nesse sentido, é questionável se a classe validante corresponde a uma classe de respostas distinta ou apenas uma parte integrada do processo de análise.

O modelo racional também propunha que as classes controladora e avaliativa atuariam como obstáculos para a progressão entre as categorias exploratória, metacognitiva, analítica e validante, com a controladora ocorrendo antes, especialmente diante da classe exploratória, e a avaliativa a partir da metacognitiva. Os casos foram bem heterogêneos em relação a essas duas classes, com Heitor apresentando pouca frequência de ambas ao longo da terapia (11 C-CONT e 27 C-AVA); Laís apresentando frequência alta da classe controladora e baixa da classe avaliativa (113 C-CONT e 18 C-AVA); e ambas ocorrendo com alta frequência no caso Carolina (60 C-CONT e 71 C-AVA). Conectando esses dados com as análises funcionais do caso, eles parecem coordenar com as topografias com as quais os clientes se engajavam em esquiva experiencial durante a sessão. Heitor calava, fechava seu corpo e desviava o olhar, comportamentos não-vocais que não são categorizados no SICARECC. Laís constantemente ria em falas com conteúdo emocional incongruente, categorizada como C-CONT no SICARECC. E Carolina ria em momentos incongruentes com Laís e expressava abertamente julgamentos sobre seus pensamentos e vontade de controlá-los, respostas categorizadas como C-CONT e C-AVA.

Também houve bastante heterogeneidade em relação às sequências na qual o cliente respondia ao terapeuta com as classes controladora ou avaliativa. As sequências mais frequentes, excluindo aquelas que incluem respostas de facilitar ou dificultar progresso, foram T-VAL/C-AVA no caso Heitor; T-EXP/C-CONT, T-MET/C-CONT, T-ANA/C-CONT, T-VAL/C-CONT e T-DRU/C-CONT no caso Laís; e T-EXP/C-CONT, T-MET/C-CONT, T-ANA/C-CONT, T-FAC/C-CONT, T-EXP/C-AVA, T-MET/C-AVA, T-ANA/C-AVA, T-VAL/C-AVA. Porém, destas somente a sequência T-VAL/C-ANA no caso Heitor teve probabilidade de transição maior que 0,15. E este valor pode ser engandor, uma vez que a frequência absoluta de C-AVA neste caso foi baixa. Estes dados também parecem indicar que, apesar destas sequências existirem, diante das classes exploratória, metacognitiva, analítica ou validante do terapeuta, a maior probabilidade não foi que o cliente se opusesse ao progresso dessa sequência com respostas avaliativas ou controladoras, mas sim que ele se engajasse com o terapeuta em outras classes.

Em relação ao repertório do terapeuta, em todos os três casos houve somente uma instância categorizada como controladora (no caso Laís) e uma como avaliativa (no caso Heitor). Esta frequência desprezível em termos amplos sugere que o terapeuta não contribuiu

significativamente para as respostas de controle e julgamento dos participantes ao evocar ou emitir respostas nesse sentido.

Observando a probabilidade de transição diante das categorias C-CONT e C-AVA, observa-se que houve algumas sequências com probabilidade superior a 0,15: C-CONT/T-MET, C-AVA/T-VAL e C-AVA/T-DIA no caso Heitor; C-CONT/T-EXP, C-CONT/T-ANA, C-AVA/T-EXP, C-AVA/T-MET e C-AVA/T-VAL no caso Laís; e C-CONT/T-EXP, C-CONT/T-MET, C-CONT/T-ANA, C-AVA/T-EXP, C-AVA/T-MET, C-AVA/T-ANA e C-AVA/T-VAL no caso Carolina. Em função da baixa frequência absoluta de classes avaliativa e controladora no caso Heitor esses dados de probabilidade dele devem ser interpretados com parcimônia. Entretanto, os dados dos casos Laís e Carolina indicam que, diante dessas classes o terapeuta tendia a responder com as classes exploratória, metacognitiva, analítica ou validante, sem grandes distinções.

Os dados das categorias avaliativa e controladora indicam que ambas tendem a ocorrer diante das classes exploratória, metacognitiva, analítica e validante sem grande distinção entre elas, que o maior determinante da ocorrência de uma ou de outra é o repertório do cliente de esquiva experiencial, que o terapeuta basicamente não se engajou nelas durante toda a terapia, e sim respondeu a elas com as classes exploratória, metacognitiva, analítica ou validante. Juntando esses dados, é possível questionar a validade dessa distinção entre ambas e propor a hipótese de que essas seriam somente topografias distintas de uma mesma classe funcional de esquiva experiencial.

O modelo racional também sugere que as classes concreta e dialógica (sem preferência dentre elas) ocorreriam após o engajamento nas classes exploratória, metacognitiva, analítica e validante; e a classe disruptiva após as classes concretas ou dialógica. Os dados indicam que apesar de terem uma ou outra ocorrência na fala do terapeuta ou do cliente, estas três categorias somente aparecem com uma frequência relativa significativa em sessões posteriores do processo terapêutico dos três participantes; e que tal aumento na frequência é concomitante a um decréscimo na frequência das classes metacognitiva e/ou analítica. Estes dados corroboram esta hipótese do modelo racional.

No caso Heitor, a categoria dialógica nas falas do cliente e do terapeuta surge pela primeira vez na sessão 13, aumentando de frequência nas sessões seguintes, e é acompanhada de uma queda na frequência das categorias metacognitiva e analítica de ambos os membros da díade. Estas falas são especialmente relativas à personificação de seus processos de pensar nas figuras do planejador, *gut*, analista de erros, sonhador e investidor e a dinâmica entre eles. Já a

categoria concreta surge na fala do terapeuta e do cliente algumas sessões depois, apresentando uma frequência relevante entre as sessões 16 e 19 sem que isso tenha um efeito negativo na classe dialógica: ambas ocorrem concomitantemente. Isto faz sentido, uma vez que as falas categorizadas como concretas são aquelas relativas à elaboração das imagens dos personagens construídos para representar os processos de pensar de Heitor. A partir da sessão 20, a classe concreta deixa de ocorrer e somente ressurgem na última sessão quando cliente e terapeuta retomam o processo que percorreram juntos.

Já a categoria disruptiva aparece pontualmente com uma frequência importante na sessão 15 na fala do terapeuta e do cliente, porém somente adquire consistência a partir da sessão 19 que, apesar de uma interrupção na sessão 22, cresce de frequência até o final do processo terapêutico.

No caso Laís, as categorias concreta e dialógica aparecem de forma esporádica nas sessões. A categoria concreta do terapeuta e da participante ocorrem principalmente nas sessões 13 e 14, com algumas ocorrências na 17. Estas foram as sessões em que foi discutida a construção de um signo que simbolizasse o seu histórico de relacionamentos interpessoais. Já a categoria dialógica foi mais frequente nas falas do terapeuta do que da participante, especialmente na sessão 17 em função do episódio sobre a criatividade da mente para procrastinar. Excluindo essa sessão, a categoria dialógica aparece em alguns outros pontos da terapia, mas com poucas ocorrências.

Já em relação a categoria disruptiva, ela tem sua primeira ocorrência na sessão 7 para ambos membros da díade, mas permanece com uma frequência muito baixa até a sessão 13 no caso do terapeuta e 14 no caso da participante. Então, ela aumenta drasticamente para ambos, reduzindo nas sessões 17, 18 e 19 e retornando com alta frequência nas últimas duas sessões. Estas falas se referem aos momentos no qual terapeuta e cliente discutem sobre se engajar em ações valorizadas por Laís a despeito de pensamentos de invalidar e preocupar. Ao observar a descrição do processo terapêutico, esta queda nos dados pode ser explicada pela mudança na dinâmica da interação, uma vez que terapeuta e cliente passaram a discutir sobre novas classes de pensamentos que não haviam sido abordadas extensamente nas sessões anteriores: planejar e ruminar. Nesse sentido, ambos tiveram aumento nas classes metacognitiva e analítica. Já na sessão 20, a dinâmica com predominância da classe disruptiva é retomada com foco nessas novas classes de pensamentos observados e analisados.

No caso Carolina, não houve falas do terapeuta ou do cliente categorizadas como concreta. Já em relação à classe dialógica, sua primeira ocorrência foi na sessão 11, com uma frequência absoluta alta, mas não tão expressiva em termos de frequência relativa. Há uma

queda progressiva nas três sessões seguintes, chegando a não ocorrer na sessão 14. Então, nas sessões 15 e 16 ela tem um aumento substancial até começar a decair novamente de modo progressivo a partir da sessão 17. Já a classe disruptiva é marcada por algumas ocorrências esporádicas por parte do terapeuta e do cliente, mas somente passa a acontecer com uma frequência importante na sessão 13 para ambos os membros da díade. Após alternar entre baixa e alta frequência nas três sessões seguintes, essa classe se mantém consistentemente presente a partir da sessão 17 até a última sessão.

Integrando os dados das classes dialógica e disruptiva no caso Carolina, ambas demoraram para ocorrer de modo substancial (com a dialógica ocorrendo duas sessões antes) e seu início foi marcado por uma instabilidade na frequência. A partir da sessão 15, elas adquirem maior consistência, com a dialógica sendo a grande responsável por isso nas sessões 15 e 16 e a disruptiva da sessão 17 em diante. A consistência ocorrida a partir da sessão 15 foi concomitante à uma queda na frequência das categorias exploratória, metacognitiva e, em menor grau, analítica. No caso Carolina, as falas dialógicas se referem à construção da figura de um cérebro cruel, fruto de uma história de violência e que tenta vender desesperadamente pensamentos em busca de segurança. Já as falas disruptivas estão mais alinhadas ao planejamento, execução e reconhecimento de ações importantes para a cliente a despeito dessas frases do cérebro cruel, concretizadas no diário da desobediência.

Comparando os dados das categorias concreta, dialógica e disruptiva, é interessante notar a variabilidade. No caso Heitor, a classe dialógica começa a ocorrer com alta frequência quando se começam a personificar as classes de pensamentos do participante. Dentro de algumas sessões a classe concreta aumenta a frequência ao discutir a aparência dos personagens, atuando como complemento para a classe dialógica sem que isso reduza significativamente sua frequência. E então a classe disruptiva aumenta de frequência. A sequência de aumento na frequência da classe dialógica e depois da disruptiva também foi nítida no caso Carolina. A diferença é que não houve instâncias da classe concreta, um indício que corrobora que as classes dialógica e concreta são opções no repertório do terapeuta que podem ser utilizadas em conjunto ou que ele pode optar por somente uma delas. Em contraste, no caso Laís, as classes concreta e dialógicas são pontuais ao longo do processo, com a classe disruptiva tendo a maior predominância.

Estes dados indicam que, por mais que as classes concreta e dialógica possam facilitar a ocorrência da classe disruptiva, há um caminho não previsto no modelo racional de passar diretamente das classes analítica e validante para a disruptiva.

Um outro aspecto importante do modelo racional para além da sequência de etapas era que terapeuta e cliente se engajariam conjuntamente nas classes exploratória, metacognitiva, analítica, validante, concreta, dialógica e disruptiva, que favorecem a promoção da desfusão cognitiva; mas não haveria tal dinâmica nas classes controladora e avaliativa, que impedem este processo.

Isto é corroborado pelos dados das probabilidades de transição em sequências de categorias. Observa-se que, para todos os três casos clínicos, dado que o terapeuta se engou na categoria exploratória, metacognitiva, analítica, validante, concreta, dialógica ou disruptiva, a probabilidade de o participante ter respondido de acordo com essa mesma categoria foi superior a 0,15 em todas elas e para todos os participantes. O mesmo é válido ao inverter os papéis: a probabilidade do terapeuta se engajar na mesma categoria que o cliente quando este está se comportando de acordo com a classe exploratória, metacognitiva, analítica, validante, concreta, dialógica ou disruptiva é superior a 0,15. A única exceção é a categoria concreta no caso Carolina, que não pode ser avaliada por simplesmente não ocorrer ao longo do processo terapêutico.

Igualmente importante é o fato de que esse mesmo padrão de sequências de categorias iguais para terapeuta e cliente não ocorreu em relação as categorias controladora e avaliativa. Afinal, somente houve duas falas do terapeuta em todas as 65 sessões categorizadas que corresponderam à estas categorias.

7.7.4. Construção de um modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva

Com base na comparação entre o modelo racional elaborado no Estudo III e os dados empíricos coletados e analisados acima, é possível sintetizar ambos na elaboração de um modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva. Este está ilustrado na Figura 31 e será descrito na sequência.

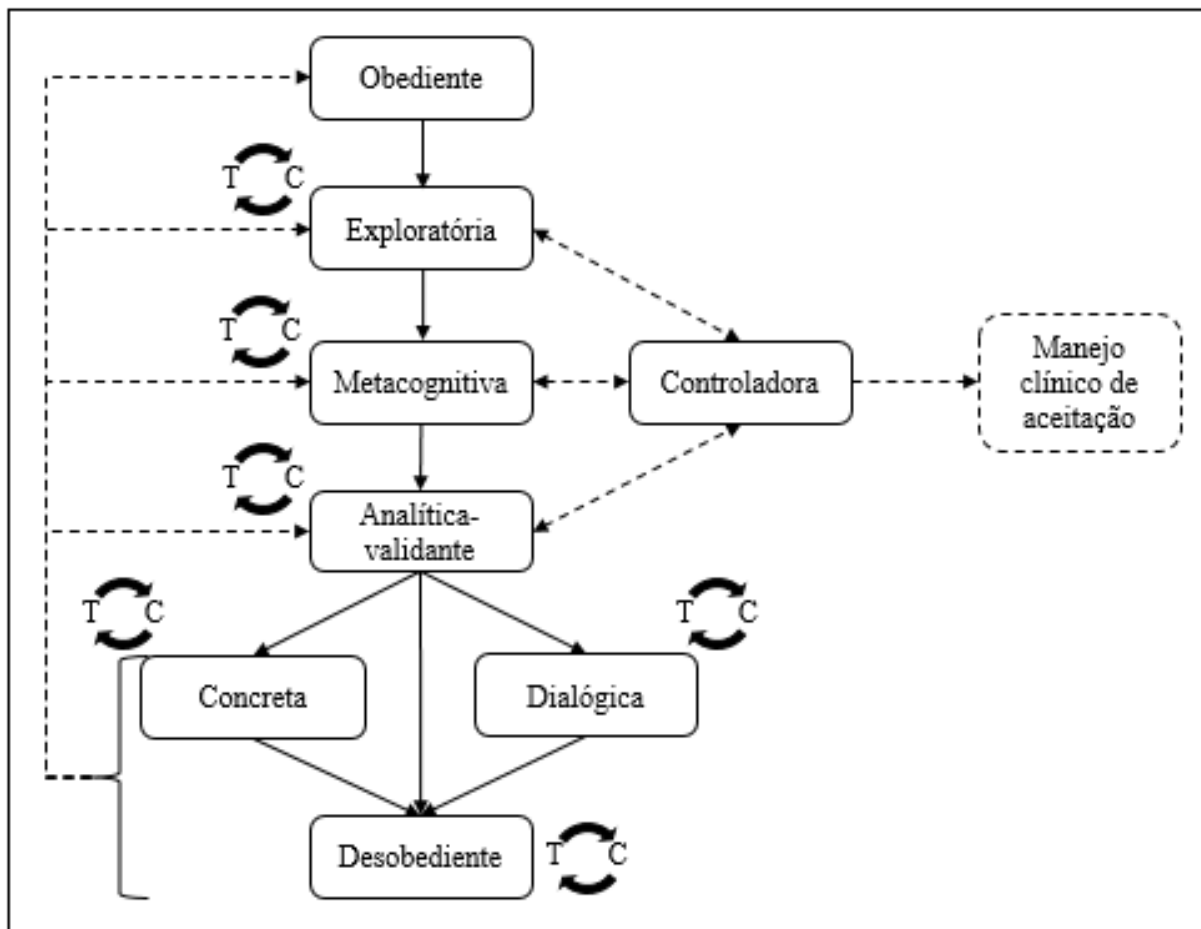


Figura 31. Modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva.

O marcador inicial da tarefa é a postura obediente, caracterizada por um estado de fusão cognitiva, no qual o comportamento do cliente demonstra estar ou ter estado sob forte controle dos pensamentos dele, evocando padrões de resposta rígidos e que o afastam de seus valores.

Uma vez identificado este marcador, terapeuta e cliente se engajam na classe exploratória com a função de aumentar a sensibilidade do cliente aos seus próprios pensamentos e a probabilidade de eles serem descritos, expandindo seu repertório de auto-observação. Nesse sentido, o cliente se engaja em respostas de observação e descrição e o terapeuta em respostas de solicitação de observação, solicitação de descrição, inferências, paráfrases e resumos. A dinâmica entre ambos cria um looping, com cada um dos membros da díade evocando e consequenciando respostas exploratórias do outro.

Após certo tempo no looping exploratório, terapeuta e cliente passam a se engajar na classe metacognitiva. É possível que a transição precise ser iniciada pelo terapeuta. Na classe metacognitiva, terapeuta e cliente partem dos pensamentos descritos na classe exploratória e

aumentam a sensibilidade do cliente aos padrões e regularidades do processo de pensar de forma mais ampla, como classes de pensamentos repetitivos, velocidade e dinâmicas no fluxo de pensar e distinção entre o conteúdo dos pensamentos e as contingências. Em termos da RFT, esse processo envolve o RRAA com molduras de coordenação, distinção, comparação, temporalidade e hierarquia. Novamente, é esperado que ocorra um looping entre cliente e terapeuta, com cada membro da díade evocando e consequenciando respostas metacognitivas do outro.

Diante da observação e descrição de regularidades no pensar, terapeuta e cliente passam a se engajar na classe analítica-validante, construída a partir da integração da classe analítica e da validante do modelo racional. Na classe analítica-validante, terapeuta e cliente aumentam a sensibilidade do cliente aos determinantes funcionais de seus pensamentos, as respostas evocadas por eles e suas consequências, favorecendo a ocorrência do RRAA com molduras de causalidade entre tais eventos. Estas relações permitem compreender e, com isso, normalizam essa esfera da sua experiência direta ou indiretamente. Ademais, elas também permitem avaliar a funcionalidade de como o cliente responde aos seus pensamentos, isto é, se estas respostas ajudam ou atrapalham o cliente a agir de acordo com seus valores (cf. Villatte, Villatte & Hayes, 2015). A identificação de regularidades na classe metacognitiva é a base a partir da qual tais relações funcionais serão construídas. Desta vez o cliente é mais capaz de iniciar a mudança da dinâmica para a classe analítica-validante, porém, pode-se mostrar incapaz de analisar historicamente e funcionalmente os seus pensamentos, necessitando de uma postura menos reflexiva do terapeuta e mais analítica ou metafórica (cf. Assaz et al., manuscrito submetido). Um novo looping é esperado, com terapeuta e cliente evocando e consequenciando respostas analíticas e validantes do outro.

Ao longo do processo de transição da classe exploratória para a analítica-validante, em qualquer uma das etapas o cliente pode se engajar na classe controladora, rompendo a dinâmica de looping em vigor. A postura controladora no modelo racional-empírico integra as classes controladora e avaliativa do modelo racional. Assim, ela tem a função de reduzir a frequência, o a magnitude ou o contato dos pensamentos do cliente por meio de respostas de evitação, controle e julgamento. Idealmente o terapeuta não se engajará com o cliente na classe controladora e retornará para a classe exploratória, metacognitiva ou analítica-validante na tentativa de evocar tal padrão de resposta do cliente. Caso ele não seja bem-sucedido, pode optar por manejar a esQUIVA experiencial diretamente por meio da tarefa de aceitação, não englobada no presente modelo.

Uma vez que o cliente é capaz de analisar e normalizar seus pensamentos, ambos podem se engajar na classe concreta, dialógica ou desobediente, como alternativas à classe controladora. Ambas classes envolvem respostas pouco usuais que podem ser compreendidas pelo cliente como minimização ou ridicularização do sofrimento por parte do terapeuta, comprometendo a realização da tarefa e a relação terapêutica como um todo. Assim, a compreensão e validação do pensar é uma etapa anterior importante. Porém, mesmo que o cliente seja capaz de analisar e validar seus próprios pensamentos, isso não significa que ele será capaz de pensar em formas alternativas de reagir a eles, de modo que o terapeuta pode ter o papel de oferecer alternativas e evocar respostas similares por parte do cliente.

Estas alternativas surgem na proposta de três opções de classes para eles se engajarem conjuntamente. Em primeiro lugar, a classe concreta tem como objetivo aumentar o controle de propriedades formais atribuídas ao pensamento em detrimento de seu significado verbal, alterando o controle de estímulos. Tal objetivo é atingido ao manipular e brincar de forma lúdica com as propriedades físicas já existentes das palavras do conteúdo de um pensamento (sons, grafia, movimentos do aparelho vocal) ou arbitrariamente objetificar ou personificá-los.

Em segundo lugar, a classe dialógica tem como objetivos (1) estabelecer uma clara distinção entre o indivíduo que pensa e seus pensamentos (2) e que o indivíduo responda sob controle do pensador e não do conteúdo dos pensamentos. Isso pode ser feito inicialmente por meio da análise de quem é a figura do pensador baseada em sua função e na história de vida do cliente. E então pelo estabelecimento de um diálogo com ele a respeito da narrativa elaborada pelos pensamentos e suas características, como complexidade, função, coerência e/ou criatividade. Este diálogo pode envolver respostas de estima ao agradecer, respeitar, valorizar ou reconhecer (cf. Assaz et al., manuscrito submetido; Guilhardi, 2002; Maslow, 1943); ou irreverência ao ironizar, ridicularizar e utilizar o humor de forma geral (Franzini, 2001; Fry & Salameh, 1987).

Em terceiro lugar, a classe desobediente é idêntica à classe disruptiva no modelo teórico. O nome foi alterado para salientar a simetria entre classes opostas início e o final da tarefa e prevenir possíveis problemas decorrentes da valência negativa da palavra “disruptiva” na linguagem cotidiana. Assim, a classe desobediente consiste em momentos no qual o terapeuta diretamente solicita que o cliente emita respostas incompatíveis com o conteúdo de seus pensamentos ou explicitamente reconheça e valoriza que ele o tenha feito; e no qual o cliente consegue, relata ter conseguido ou se compromete a tomar tais atitudes. Estes pedidos de desobediência são feitos diante de pensamentos que aumentam a probabilidade respostas incompatíveis com os valores do cliente. E conectar tais respostas aos seus objetivos e valores

pode aumentar a probabilidade de sua ocorrência, seja na evocação ou consequenciação. A classe desobediente corresponde a um estado de desfusão cognitiva.

Diante destas três opções, o terapeuta pode optar por tentar se engajar na classe desobediente diretamente. Porém, é esperado que ele encontra certa dificuldade, ainda que seja possível fazê-lo. Neste caso, uma alternativa é optar por iniciar pela classe dialógica, concreta ou ambas e então se engajar na classe desobediente. Independente da escolha, em cada uma das classes, é esperado que terapeuta e cliente se engajem em novos loopings.

Em decorrência das classes concreta, dialógica e desobediente demandarem respostas do cliente que não são somente pouco presentes em seu repertório inicial como também potencialmente estranhas no senso comum, é provável que esses loopings sejam quebrados por respostas com alta probabilidade de acontecerem no seu repertório. No caso, as classes obediente, exploratória, metacognitiva e analítica-validante. Ao acontecer isso, o terapeuta pode insistir e tentar evocar respostas da classe na qual eles estavam antes dessa ruptura acontecer. Ou então, escolher por refazer o caminho, retornando às classes mais complexas do modelo. É provável que tal retomada seja mais rápida do que ocorreu em um primeiro momento, justamente porque esse caminho já foi feito antes.

O modelo descrito acima foi construído pensando-se em médio prazo, com o caminho delineado ocorrendo ao longo de várias sessões. Porém, uma vez que esse caminho seja feito com uma classe de pensamentos do cliente, é possível percorrê-lo novamente com o cliente para outras classes de pensamentos de modo mais eficiente, utilizando a aprendizagem adquirida ao longo das sessões para encurtar o tempo e aumentar a eficiência do processo.

7.7.5 Limitações e direções de pesquisas futuras

O presente estudo possui uma série de limitações que podem prejudicar sua validade interna e externa. Em relação à validade interna, dois pontos devem ser enfatizados. Em primeiro lugar, apesar de ter sido traduzido para este estudo, o VQ não foi validado para a população brasileira. O uso de instrumentos de medida não validados não é ideal, e pode acarretar em prejuízos nas propriedades psicométricas do instrumento problemas comparação dos dados com outras populações (Anastasi, 1977; Borsa, Damásio & Bandeira, 2012).

Em segundo lugar, a confluência de papéis de pesquisa em uma única pessoa como pesquisador, terapeuta e categorizador pode trazer problemas de vieses. O primeiro é que o terapeuta não foi cego ao modelo teórico, de modo que ele pode ter exercido influência parcial sobre o seu comportamento em sessão. Ademais, a categorização do pesquisador foi afetada por variáveis que ele teve contato direto na interação com o cliente durante as sessões. Os dados

da aferição de concordância sugerem que de fato isso foi o caso e que experimentador e aferidora concordaram em 58% das vezes. Neste ponto inicial para o desenvolvimento da *Task analysis* da promoção de desfusão cognitiva, esses vieses ocorreram por motivos pragmáticos. Entretanto, futuras pesquisas devem tentar separar estes papéis na medida do possível para minimizar estes vieses que ameaçam a validade interna dos dados; e fornecer treinos mais extensos no modelo e no sistema de categorização para aumentar a taxa de concordância entre aferidores.

Já em relação à validade externa, o presente estudo englobou somente um único terapeuta e três participantes relativamente homogêneos em termos de diagnóstico (TAG), idade (entre 20 e 24 anos) e ocupação (estudantes universitários de universidade pública). Deste modo, a generalização destes dados para outros psicólogos clínicos atuando com diferentes populações deve ser feito com parcimônia. É possível que muitas das conclusões derivadas deste estudo possam ter implicações mais amplas para a promoção de desfusão cognitiva de modo mais amplo. Entretanto, sem replicações futuras, essa afirmação é, no momento, estritamente teórica e não fundamentada empiricamente. Por isso, tais replicações com múltiplos terapeutas e populações é essencial para aumentar a validade externa deste estudo.

Por fim, o modelo racional-empírico para promover desfusão cognitiva elaborado no presente estudo deve ser compreendido como uma etapa intermediária da *Task analysis*. Novos refinamentos devem ser feitos a partir de estudos com outros casos clínicos para oferecer maior robustez aos dados. Especialmente relevante serão estudos que também contemplem casos em que não houve melhora clínica para melhor contrastar manejos clínicos bem e mal-sucedidos. Ademais, estas pesquisas podem incluir a análise de episódios de interação específicos, oferecendo um olhar mais molecular para a interação terapeuta-cliente e com isso ter dados que não podem ser obtidos em uma análise mais molar, como no presente estudo.

Após o refinamento progressivo do modelo racional-empírico, este estaria pronto para a etapa de validação do modelo (Greenberg, 2007), avaliando sua eficácia e efetividade quando implementado por terapeutas treinados nele.

8 – Discussão Geral

Referências

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. Em: T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding boundaries* (pp. 17-32). Boston, MA: Springer.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anastasi, A. (1977). *Testes psicológicos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Andery, M. A. P. A., & Sérgio, T. M. A. P. (2003). O pensamento é uma categoria no sistema skinneriano? *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 54(3), 274-283.
- Araújo, S. D. F. (2001). A ciência cognitiva e o problema da folk psychology. *Temas em Psicologia*, 9(1), 45-53.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Assaz, D. A., Kovac, R., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2018). A terapia de aceitação e compromisso (ACT). Em: A. E. A. Antúnez & G. Safra (Eds.) *Psicologia clínica: Da graduação à pós-graduação* (pp. 105-112). São Paulo, SP: Atheneu.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change?. *The Psychological Record*, 68(4), 405-418.
- Assaz, D. A., Vartanian, J. F., Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Valores sob a perspectiva analítico-comportamental: Da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(3), 30-40.
- Assaz, D. A., Vartanian, J. F., Oshiro, C. K. B. & de Moura, P. R. (2019). *Increasing genuineness and effectiveness of shaping clinically relevant behaviors through the multiple levels of language precision (MULLP) model*. Manuscrito submetido para publicação.
- Atkins, P. W., Ciarrochi, J., Gaudiano, B. A., Bricker, J. B., Donald, J., Rovner, G., ... & Hayes, S. C. (2017). Departing from the essential features of a high quality systematic review of psychotherapy: A response to Öst (2014) and recommendations for improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 259-272.
- Augustson, E. M., & Dougher, M. J. (1997). The transfer of avoidance evoking functions through stimulus equivalence classes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(3), 181-191.

- Ayduk, Ö., & Kross, E. (2008). Enhancing the pace of recovery self-distanced analysis of negative experiences reduces blood pressure reactivity. *Psychological Science, 19*(3), 229-231.
- Bach, P. A.; & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance & commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*(1), 91-97.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*(4), 313-327.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baker, L. (2009). *Does training improve performance on a perspective-taking task?* (Dissertação de mestrado). University of Waikato, Nova Zelândia.
- Bandura, A. (1965). Vicarious processes: A case of no-trial learning. *Advances in Experimental Social Psychology, 2*, 1-55.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF, 20*(1), 75-85.
- Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2000). Explaining complex behavior: Two perspectives on the concept of generalized operant classes. *The Psychological Record, 50*(2), 251-265.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y, Stewart, I., & Boles, S. (2010). A sketch of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the Relational Elaboration and Coherence (REC) model. *The Psychological Record, 60*(3), 527-542.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2000). Relational frame theory and Skinner's verbal behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst, 23*(1), 69-84.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Roche, B., & Smeets, P. M. (2011a). Exemplar training and a derived transformation of function in accordance with symmetry. *The Psychological Record, 51*(2), 287-308.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Roche, B., & Smeets, P. M. (2011b). Exemplar training and a derived transformation of function in accordance with symmetry: II. *The Psychological Record, 51*(4), 589-603.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Smeets, P. M., Strand, P., & Friman, P. (2004). Establishing relational responding in accordance with more-than and less-than as generalized operant behavior in young children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 531-558.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between Relational Frame Theory and middle-level terms in Acceptance and Commitment Therapy. Em: R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 365-382). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking and theory of mind: A relational frame account. *The Behavior Analyst Today*, 5(1), 1-23.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEntegart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for analyzing the dynamics of arbitrarily applicable relational responding. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 434-445.
- Barrera, T. L., Szafranski, D. D., Ratcliff, C. G., Garnaat, S. L., & Norton, P. J. (2015). An experimental comparison of techniques: Cognitive defusion, cognitive restructuring, and in-vivo exposure for social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 249-254.
- Beadman, M., Das, R. K., Freeman, T. P., Scragg, P., West, R., & Kamboj, S. K. (2015). A comparison of emotion regulation strategies in response to craving cognitions: Effects on smoking behaviour, craving and affect in dependent smokers. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 29-39.
- Becirevic, A., Critchfield, T. S., & Reed, D. D. (2016). On the social acceptability of behavior-analytic terms: Crowdsourced comparisons of lay and technical language. *The Behavior Analyst*, 39(2), 305-317.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1979).
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.
- Berens, N. M., & Hayes, S. C. (2007). Arbitrarily applicable comparative relations: Experimental evidence for a relational operant. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(1), 45-71.
- Bernstein, A., Hadash, Y., & Fresco, D. M. (2019). Metacognitive processes model of decentering: Emerging methods and insights. *Current Opinion in Psychology*, 28, 245-251.
- Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 599-617.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. Em: R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 37-61). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bingel, U., & Tracey, I. (2008). Imaging CNS modulation of pain in humans. *Physiology*, 23(6), 371-380.
- Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., von Baeyer, C. L., & Fernandez, C. V. (2011). The cold pressor task: Is it an ethically acceptable pain research method in children?. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(10), 1071-1081.
- Bissett, R. T., & Hayes, S. C. (1999). The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behaviour Research and Therapy*, 37(4), 379-383.

- Black, A. H. (1959). Heart rate changes during avoidance learning in dogs. *Canadian Journal of Psychology*, 13(4), 229-242.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555-576.
- Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing & supporting change in your client*. Oakland, CA: Context Press.
- Blackledge, J. T., Moran, D. J., & Ellis, A. (2009). Bridging the divide: Linking basic science to applied psychotherapeutic interventions - a Relational Frame Theory account of cognitive disputation in Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(4), 232-248.
- Blakely, E., & Schlinger, H. (1987). Rules: Function-altering contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10(2), 183-187.
- Blechert, J., Wilhelm, F. H., Williams, H., Braams, B. R., Jou, J., & Gross, J. J. (2015). Reappraisal facilitates extinction in healthy and socially anxious individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 141-150.
- Bloomfield, L. (1935). Linguistic aspects of science. *Philosophy of Science*, 4(2), 499-517.
- Bolderston, H., Gillanders, D. T., Turner, G., Taylor, H. C., & Coleman, A. (2019). The initial validation of a state version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.002>
- Boldrin, L. S., Assaz, D. A., & Debert, P. (no prelo). Estudos de pesquisa básica sobre transferência de extinção e suas implicações para as terapias baseadas em exposição. *Acta Comportamental*.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Bones, R., Keenan, M., Askin, D., Adams, L., Taylor, D., & Nicholas, O. (2011). The effects of response topography on functional equivalence class formation. *The Psychological Record*, 51(1), 89-110.
- Bordieri, M. J., Kellum, K. K., Wilson, K. G., & Whiteman, K. C. (2015). Basic properties of coherence: testing a core assumption of Relational Frame Theory. *The Psychological Record*, 66(1), 83-98.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Em: G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory assessment and treatment* (pp. 5–33). Sussex, England: Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Em: R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77–108). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M.L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 126–138.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N., & Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 376-386.
- Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114(1), 80-99.
- Broothaerts, K. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy: A scientific assessment of the cognitive defusion technique* (Dissertação de mestrado). Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica.
- Brown, C. A., Seymour, B., Boyle, Y., El-Deredy, W., & Jones, A. K. (2008). Modulation of pain ratings by expectation and uncertainty: Behavioral characteristics and anticipatory neural correlates. *Pain*, 135(3), 240-250.
- Brown, G. G., Reed, P., & Harris, C. C. (2002). Testing a place-based theory for environmental evaluation: An Alaska case study. *Applied Geography*, 22(1), 49-76.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290.
- Bush, K. M., Sidman, M., & de Rose, T. (1989). Contextual control of emergent equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(1), 29-45.
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinions in Psychology*, 2, 60-64.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 57-97.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207.
- Cameron, G., Roche, B., Schlund, M. W., & Dymond, S. (2016). Learned, instructed and observed pathways to fear and avoidance. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 106-112.
- Campbell, L. (2010). Test-retest reliability and further validity of the cognitive fusion questionnaire (Tese de doutorado). University of Edinburgh, Escócia.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. Em: E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cassidy, S., Roche, B., & O'Hora, D. (2010). Relational Frame Theory and human intelligence. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(1), 37-51.

- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Therapeutic principles that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Catania, A. C. (1995). Higher-order behavior classes: Contingencies, beliefs, and verbal behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(3), 191–200.
- Catania, A. C. (2007). *Learning* (4th edition). Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan Publishing.
- Chalmers, A. F. (1999). *What is this thing called science? (3rd edition)*. Indianapolis: Hackett Publishing Company.
- Chase, P. N., & Danforth, J. S. (1991). The role of rules in concept learning. Em: L. J. Hayes & P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp. 205-225). Reno, NV: Context Press.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Chosak, A., Marques, L., Fama, J., Renaud, S., & Wilhelm, S. (2009). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 7-17.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266-286.
- Ciarrochi, J., & Robb, H. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy part 2: Applications. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(2), 107-130.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 531.
- Committee on Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain (1995). Ethical guidelines for pain research in humans. *Pain*, 63(3), 277-278.
- Cordova, J. V. (2001). Acceptance in behavior therapy: Understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24(2), 213-226.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.
- Costa, C. E., & Cançado, C. R. X. (2012). Stability check: A program for calculating the stability of behavior. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 38(1), 61-71.
- Cowen, E. L. (1961). The experimental analogue: An approach to research in psychotherapy. *Psychological Reports*, 8, 9-10.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27.

- Criollo, A. B., Díaz-Muelle, S., Ruiz, F. J., & García-Martín, M. B. (2018). Common physical properties improve metaphor effect even in the context of multiple examples. *The Psychological Record*, 68(4), 513-523.
- Critchfield, T. S., & Doepke, K. J. (2018). Emotional overtones of behavior analysis terms in English and five other languages. *Behavior Analysis in Practice*, 11(2), 97-105.
- Critchfield, T. S. & Rehfeldt, A. R. (2019). Engineering emergent learning with nonequivalence relations. Em: J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward (Orgs.), *Applied Behavior Analysis (3rd edition)* (pp. XX). Londres: Pearson
- Critchfield, T. S., Doepke, K. J., Epting, L. K., Becirevic, A., Reed, D. D., Fienup, D. M., ... & Ecott, C. L. (2017). Normative emotional responses to behavior analysis jargon or how not to use words to win friends and influence people. *Behavior Analysis in Practice*, 10(2), 97-106.
- Cullinan, V. A., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P. M. (2001). A precursor to the relational evaluation procedure: searching for the contextual cues that control equivalence responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 76(3), 339-349.
- Cumming, W., & Berryman, R. (1965). The complex discriminated operant: Studies of matching-to-sample and related problems. Em: D. I. Mostofsky (Ed.) *Stimulus generalization*, (pp. 284-330). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- de Rose, J. C., & Bortoloti, R. (2007). A equivalência de estímulos como modelo do significado. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 15(3), 83-102.
- de Rose, J. C. D., McIlvane, W. J., Dube, W. V., Galpin, V. C., & Stoddard, L. T. (1988). Emergent simple discrimination established by indirect relation to differential consequences. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 1-20.
- de Rose, J. C., McIlvane, W. J., Dube, W. V., & Stoddard, L. T. (1988). Stimulus class formation and functional equivalence in moderately retarded individuals' conditional discrimination. *Behavioural Processes*, 17(2), 167-175.
- De Young, K. P., Lavender, J. M., Washington, L. A., Looby, A., & Anderson, D. A. (2010). A controlled comparison of the word repeating technique with a word association task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 426-432.
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 218-232.
- Deitz, S. M., & Malone, L. W. (1985). Stimulus control terminology. *The Behavior Analyst*, 8(2), 259-264.
- Devilley, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Diaz, R., & Berk, L. E. (2014). *Private speech: From social interaction to self-regulation*. New York, NY: Psychology Press.

- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Recuperado de: www.div12.org/psychological-treatments/
- Dobson K. S., & Dozois, D. J. (2010) Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Em: Dobson K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd edition) (pp. 3-38). New York, NY: Guilford Press.
- dos Santos, G. A. R., Perez, W. F., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2017). Transformação do significado de palavras sem sentido via relações arbitrárias de comparação com faces alegres. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 8(2), 269-285.
- Dougher, M. J., Augustson, E., Markham, M. R., Greenway, D. E., & Wulfert, E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 62(3), 331-351.
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 179-197.
- Dougher, M., Perkins, D. R., Greenway, D., Koons, A., & Chiasson, C. (2002). Contextual control of equivalence-based transformation of functions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 78(1), 63-93.
- Dougher, M., Twohig, M. P., & Madden, G. J. (2014). Editorial: Basic and translational research on stimulus–stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 1-9.
- Dublin, R. A. (2012). Cognitive restructuring versus cognitive defusion for claustrophobic anxiety and avoidance (Tese de doutorado). Hofstra University, Estados Unidos da América.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2009). *Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de ansiedade generalizada: Da ciência para a prática*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.
- Dunne, S., Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Murphy, C. (2014). Facilitating repertoires of coordination, opposition, distinction and comparison in young children with autism. *Behavioral Development Bulletin*, 19(2), 37-47.
- Dymond, S., & Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness, more than and less than. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64(2), 163-184.
- Dymond, S., & Barnes, D. (1996). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness and opposition. *The Psychological Record*, 46(2), 271-300.
- Dymond, S., & Roche, B. (Eds.) (2013). *Advances in Relational Frame Theory: Research and application*. Oakland, CA: Context Press.
- Dymond, S., Dunsmoor, J. E., Vervliet, B., Roche, B., & Hermans, D. (2014). Fear generalization in humans: Systematic review and implications for anxiety disorder research. *Behavior Therapy*, 46(5), 561-582.
- Dymond, S., May, R. J., Munnally, A., & Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence base for Relational Frame Theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst*, 33(1), 97-117.

- Dymond, S., Roche, B., & Bennett, M. (2013). Relational Frame Theory and experimental psychopathology. Em: S. Dymond & B. Roche (Eds.) *Advances in Relational Frame Theory: research and application* (pp. 199-218). Oakland, CA: Context Press.
- Dymond, S., Roche, B., Forsyth, J. P., Whelan, R., & Rhoden, J. (2007). Transformation of avoidance response functions in accordance with same and opposite relational frames. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 249-262.
- Dymond, S., Roche, B., Forsyth, J. P., Whelan, R., & Rhoden, J. (2008). Derived avoidance learning: transformation of avoidance response functions in accordance with same and opposite relational frames. *The Psychological Record*, 58(2), 269-286.
- Dymond, S., Schlund, M. W., Roche, B., De Houwer, J., & Freegard, G. P. (2012). Safe from harm: Learned, instructed, and symbolic generalization pathways of human threat-avoidance. *Plos One*, 7(10). doi: 10.1371/journal.pone.0047539.
- Dymond, S., Schlund, M. W., Roche, B., Whelan, R., Richards, J., & Davies, C. (2011). Inferred threat and safety: Symbolic generalization of human avoidance learning. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 614-621.
- Edens, J. L., & Gil, K. M. (1995). Experimental induction of pain: Utility in the study of clinical pain. *Behavior Therapy*, 26(2), 197-216.
- Eilers, H. J., & Hayes, S. C. (2015). Exposure and response prevention therapy with cognitive defusion exercises to reduce repetitive and restrictive behaviors displayed by children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 19, 18-31.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69-111.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Citadel Press (Trabalho original publicado em 1962).
- Emmelkamp, P. M., Mersch, P. P., Vissia, E., & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23(3), 365-369.
- Epp, A. M., & Dobson, K. S. (2010) The evidence base for Cognitive-Behavioral Therapy. Em: Dobson K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd edition) (pp. 39-73). New York: Guilford Press.
- Epstein, R., Lanza, R. P., & Skinner, B. F. (1980). Symbolic communication between two pigeons (*Columba livia domestica*). *Science*, 207(4430), 543-545.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 146-158.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Fidalgo, A. P. (2016). *O controle instrucional segundo analistas do comportamento: Convergências, divergências e estado atual do debate* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II. *Psychological Assessment, 24*(4), 925-936.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), 305-313.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13*(3), 373–388.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Rai, L., & Luciano, C. (2015). An empirical investigation of the role of self, hierarchy, and distinction in a common ACT exercise. *The Psychological Record, 65*(2), 231-243.
- Forsyth, L., & Hayes, L. L. (2014). The effects of acceptance of thoughts, mindful awareness of breathing, and spontaneous coping on an experimentally induced pain task. *The Psychological Record, 64*(3), 447-455.
- Frank, A. J., & Wasserman, E. A. (2005). Associative symmetry in the pigeon after successive matching-to-sample training. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 84*(2), 147-165.
- Franzini, L. R. (2001). Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. *The Journal of General Psychology, 128*(2), 170-193.
- Fry Jr, W. F., & Salameh, W. A. (1987). *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. Sarasota: Professional Resource Exchange, Inc.
- Galizio, M. (1979). Contingency-shaped and rule governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 31*(1), 53-70.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(3), 224-239.
- Gatch, M. B., & Osborne, J. G. (1989). Transfer of contextual stimulus function via equivalence class development. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 51*(3), 369-378.
- Gaudiano, B. A. (2009). Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges?. *Behaviour Research and Therapy, 47*(12), 1066-1070.
- Geremias, M. C. G. de (2014). *Manejo de esquivas emocionais da Psicoterapia Analítico Funcional: Delineamento experimental de caso único* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Brasil.

- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and the self as relationship. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21(1), 17-56.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa (4ª edição)*. São Paulo, SP: Editora Atlas.
- Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F.J., Valdivia-Salas, F. (2012). A preliminary demonstration of transformation of functions through hierarchical responding. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 1-19.
- Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F.J., Valdivia-Salas, F. (2014). A further experimental step in the analysis of hierarchical responding. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 137-153.
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2016). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1–9.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Londres: Aldine Transaction.
- Golijani-Moghaddam, N. (2011). *The impact of brief exposure and acceptance interventions on implicit verbal relations in spider-fear* (Tese de doutorado). University of Lincoln, Inglaterra.
- Gómez, S., López, F., Martín, C. B., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2007). Exemplar training and a derived transformation of functions in accordance with symmetry and equivalence. *The Psychological Record*, 57(2), 273-294.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: Algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Gould, E., Tarbox, J., O’Hora, D., Noone, S., & Bergstrom, R. (2011). Teaching children with autism a basic component skill of perspective-taking. *Behavioral Interventions*, 26(1), 50-6
- Graven-Nielsen, T., Sergerdahl, M., Svensson, P., & Arendt-Nielsen, L. (2001). Methods for induction and assessment of pain in humans with clinical and pharmacological examples. Em: L. Kruger (Ed.). *Methods in pain research* (pp. 264-304). New York, NY: CRC Press.
- Green, L., & Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological Bulletin*, 130(5), 769-792.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439-446.

- Greenberg, L. S. (1984). "Task analysis: The general approach". Em: L. N. Rice & L. S. Greenberg, *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
- Greenway, D.E., Dougher, M.J., & Wulfert, E. (1996). Transfer of consequential functions via stimulus equivalence: Generalization to different testing contexts. *The Psychological Record*, 46(1), 131-143.
- Grös, D. F., & Antony, M. M. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: A review. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 298-303.
- Gross, A. C., & Fox, E. J. (2009). Relational Frame Theory: An overview of the controversy. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25(1), 87-98.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gruber, J., Hay, A.C., & Gross, J.J. (2014). Rethinking emotion: Cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion*, 14(2), 388-396.
- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17(1), 155-163.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em: M. Z. da S. Brandão, F. C. S. Conte & S. M. B. Mezzaroba (Orgs.), *Comportamento humano: Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor*. Santo André, SP: ESETec.
- Guilhardi, H. J. (2012, Agosto). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, Curitiba, Brasil. Disponível em: <http://www.itrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior therapy*, 35(4), 767-783.
- Hannon, B. (1994). Sense of place: geographic discounting by people, animals and plants. *Ecological Economics*, 10(2), 157-174.
- Harmon, K., Strong, R., & Pasnak, R. (1982). Relational responses in tests of transposition with rhesus monkeys. *Learning and Motivation*, 13(4), 495-504.
- Haworth, K., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., & Kohlenberg, R. J. (2015). Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 281-291.
- Hayes, S. C. (1986). The case of the silent dog - verbal reports and the analysis of rules: A review of Ericsson and Simon's protocol analysis: verbal reports as data. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 45(3), 351-363.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

- Hayes, S. C. (2005). Stability and change in Cognitive Behavior Therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(2), 131-151.
- Hayes, S. C. (2019, Fevereiro). *ACT randomized controlled trials since 1986*. Recuperado de: https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
- Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?. *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 345-365.
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. Em: S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 153-190). New York, NY: Plenum Press.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.) (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York, NY: Springer.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K.G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46(2), 137-147.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45(3), 237-256.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. Em: S. C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 359-385). New York, NY: Springer.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb-Villardga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. Em: S. C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). New York, NY: Springer.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Hays, P. A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive-behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 354-360.
- Heagle, A.I., & Rehfeldt, R.A. (2006). Teaching perspective-taking skills to typically developing children through derived relational responding. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 3(1), 1-34.
- Healy, O., Barnes, D., & Smeets, P. M. (1998). Derived relational responding as an operant: The effects of between-session feedback. *The Psychological Record*, 48, 511-536.
- Healy, H. A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise. *The Psychological Record*, 58, 623-640.
- Healy, O., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P. M. (2000). Derived relational responding as generalized operant behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 74(2), 207-227.
- Heilman, R. M., Crisan, L. G., Houser, D., Miclea, M., & Miu, A. C. (2010). Emotion regulation and decision making under risk and uncertainty. *Emotion*, 10(2), 257-265.
- Henrich, J. Heine, S.J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world?. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 61-83. doi: 10.1017/S0140525X0999152X
- Herrnstein, R. J. (1969). Method and theory in the study of avoidance. *Psychological Review*, 76(1), 49-69.
- Hinton, M. J., & Gaynor, S. T. (2010). Cognitive defusion for psychological distress, dysphoria, and low self-esteem: A randomized technique evaluation trial of vocalizing strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 164-185.
- Hoffman, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychological Review*, 28(1), 1-16.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389-394.
- Hooper, N., Dack, C., Karekla, M., Niyazi, A., & McHugh, L. (2018). Cognitive defusion versus experiential avoidance in the reduction of smoking behaviour: An experimental and preliminary investigation. *Addiction Research & Theory*, 26(5), 414-420.
- Hooper, N., & McHugh, L. (2013). Cognitive defusion versus thought distraction in the mitigation of learned helplessness. *The Psychological Record*, 63(1), 209-218.

- Hooper, N., Sandoz, E. K., Ashton, J., Clarke, A., & McHugh, L. (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors, 13*(1), 62-64.
- Hulbert-Williams, L., Hulbert-Williams, N. J., Nicholls, W., Williamson, S., Poonia, J., & Hochard, K. D. (2017). Ultra-brief non-expert-delivered defusion and acceptance exercises for food cravings: A partial replication study. *Journal of Health Psychology, 1-12*. doi: 10.1177/1359105317695424
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & de Lima, M. S. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (1)*.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 107*(2), 156-176.
- Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2010) Cognitive science and the conceptual foundations of Cognitive-Behavioral Therapy: Viva la evolution! Em: Dobson K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd edition) (pp. 74-93). New York: Guilford Press.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2*(1), 3-20.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: Promoting acceptance and change*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 255-270.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Recuperado em: <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles>
- Jenkins, K. T., & Tapper, K. (2014). Resisting chocolate temptation using a brief mindfulness strategy. *British Journal of Health Psychology, 19*(3), 509-522.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 366-383.
- Kanter, J. W. (2013). The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. *Behavior Therapy, 44*(2), 228-233.
- Kanter, J. W., Holman, G., & Wilson, K. G. (2014). Where is the love? Contextual Behavioral Science and Behavior Analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 69-73.
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W., Villas-Bôas, A., & Ortega, M. A. R. (2017). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 58*, 141-156.
- Kazdin, A. E. (1978). Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(4), 673-686.
- Kazdin, A. E. (2001a). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(2), 143-151.
- Kazdin, A. E. (2001b). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford, Oxford University Press.

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kehoe, A., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Luciano, C., Bond, F., & Foody, M. (2014). Systematic analyses of the effects of acceptance on tolerance of radiant heat pain. *The Psychological Record*, 64(1), 41-51.
- Kent, R. N., O'leary, K. D., Diament, C., & Dietz, A. (1974). Expectation biases in observational evaluation of therapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 774-780.
- Keogh, C. A. (2008). *Cognitive and emotional defusion: Investigations of the underlying psychological processes using explicit and implicit measures* (Tese de doutorado). Maynooth University, Irlanda.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9(5), 591-591.
- Kishita, N., Muto, T., Ohtsuki, T., & Barnes-Holmes, D. (2014). Measuring the effect of cognitive defusion using the Implicit Relational Assessment Procedure: An experimental analysis with a highly socially anxious sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 8-15.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Kohlenberg, B. S., & Callaghan, G. M. (2010). FAP and acceptance commitment therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. Em: J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Eds.) *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 31-46). New York, NY: Springer.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York, NY: Springer.
- Kopec, A. M., Beal, D., & DiGiuseppe, R. (1994). Training in RET: Disputational strategies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 12(1), 47-60.
- Kovac, R., Perez, W. F., & Meyer, S. B. (2019). Efeitos de uma metáfora na transformação de funções de estímulos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(2), 150-170.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Kralik, J. D., & Sampson, W. W. (2012). A fruit in hand is worth many more in the bush: steep spatial discounting by free-ranging rhesus macaques (*Macaca mulatta*). *Behavioural Processes*, 89(3), 197-202.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26-38.
- Kross, E., & Ayduk, O. (2017). Self-distancing: Theory, research, and current directions. *Advances in Experimental Social Psychology*, 55, 81-136.

- Kross, E., Ayduk, O., & Mischel, W. (2005). When asking “why” does not hurt distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological Science, 16*(9), 709-715.
- Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton, J., & Ayduk, O. (2012). “Asking why” from a distance: Its cognitive and emotional consequences for people with major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 559.
- Kuhl, P. K. (2004). Early language acquisition: Cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience, 5*(11), 831-843.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation, 24*(3-4), 445-463.
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P., & McHugh, L. (2015). Using brief cognitive restructuring and cognitive defusion techniques to cope with negative thoughts. *Behavior Modification*. doi: 10.1177/0145445515621488
- Laurenti, C., Lopes, C. E., & Araújo, S. F. (2016). *Pesquisa teórica em psicologia: Aspectos filosóficos e metodológicos*. São Paulo: Hogrefe CETEPP.
- Layng, T. V. J., Sota, M., & Leon, M. (2011). Thinking through text comprehension I: Foundation and guiding relations. *The Behavior Analyst Today, 12*(1), 3-11.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Levin, M. E., & Villatte, M. (2016). The role of experimental psychopathology and laboratory-based intervention studies in Contextual Behavioral Science. Em: R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 347-364). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy, 43*(4), 741-756.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. Em: A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lionello-DeNolf, K. M. (2009). The search for symmetry: 25 years in review. *Learning & Behavior, 37*(2), 188-203.
- Lipkens, R., Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1993). Longitudinal study of the development of derived relations in an infant. *Journal of Experimental Child Psychology, 56*(2), 201-239.
- Long, A., & Platt, M. (2005). Decision making: The virtue of patience in primates. *Current Biology, 15*(21), 874-876.

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173-187.
- Lopes, C. E. (2008). Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 10*(1), 1-13.
- López-López, J. C., & Luciano, C. (2017). An experimental analysis of defusion interactions based on deictic and hierarchical framings and their impact on cognitive performance. *The Psychological Record, 67*(4), 485-497.
- Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2014). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review, 41*, 3-15.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care, 46*(3), 266-274.
- Lowry, M. A., & Lachter, G. D. (1977). Response elimination: A comparison of four procedures. *Learning and Motivation, 8*(1), 69-76.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 53-62.
- Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2001). Early verbal developmental history and equivalence relations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 1*(1), 137-149.
- Luciano, C., Becerra, I. G., & Valverde, M.R. (2007). The role of multiple-exemplar training and naming in established derived equivalence in an infant. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 87*(3), 349-365.
- Luciano, C., Rodríguez, M., Mañas, I., Ruiz, F., Berens, N. M., & Valdívía-Salas, S. (2009). Acquiring the earliest relational operants: Coordination, difference, opposition, comparison and hierarchy. Em: R. A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (Eds.), *Derived relational responding: Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (pp. 149-170). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno-Torres, R. M., Sánchez, V., Gutiérrez-Martínez, O., & López-López, J. C. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy: A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(2), 165-182.
- Luciano, C., Valdívía-Salas, S., Cabello-Luque, F., & Hernandez, M. (2009). Developing self-directed rules. Em R. A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (Eds.), *Derived relational responding: Applications for*

learners with autism and other developmental disabilities (pp. 335-352). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., ... & Gutiérrez, O. (2013). Extinction of aversive eliciting functions as an analog of exposure to conditioned fear: Does it alter avoidance responding?. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3), 120-134.
- Luciano, C.; Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., ... & Gutiérrez-Martinez, O. (2014). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 94-111.
- Luoma, J. & Hayes, S. C. (2009). Cognitive defusion. Em W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy: A step by step guide for clinicians (2nd edition)* (pp. 181-188). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists (2nd version)*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Lynch, D. C., & Green, G. (1991). Development and crossmodal transfer of contextual control of emergent stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 56(1), 139-154.
- Machado, A., & Silva, F. J. (2007). Toward a richer view of the scientific method: The role of conceptual analysis. *American Psychologist*, 62(7), 671-681.
- Machado, A., Lourenço, O., & Silva, F. J. (2000). Facts, concepts, and theories: The shape of psychology's epistemic triangle. *Behavior and Philosophy*, 1-40.
- MacCorquodale, K., & Meehl, P. E. (1948). On a distinction between hypothetical constructs and intervening variables. *Psychological review*, 55(2), 95-107.
- Mace, F. C. (1994). The significance and future of functional analysis methodologies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 385-392.
- Mace, F. C., & Critchfield, T. S. (2010). Translational research in behavior analysis: Historical traditions and imperative for the future. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93(3), 293-312.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Maisel, M. E., Stephenson, K. G., Cox, J. C., & South, M. (2019). Cognitive defusion for reducing distressing thoughts in adults with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 34-45.
- Mandavia, A., Masuda, A., Moore, M., Mendoza, H., Donati, M. R., & Cohen, L. L. (2015). The application of a cognitive defusion technique to negative body image thoughts: A preliminary analogue investigation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 86-95.
- Manguel, A. (1997). *A history of reading*. Londres: Penguin Books.

- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 433-445.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Martinez, H., & Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, *55*(4), 633-646.
- Martinez-Sanchez, H., & Ribes-Iñesta, E. (1996). Interactions of contingencies and instructional history on conditional discrimination. *The Psychological Record*, *46*(2), 301-316.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(2), 199-209.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*(4), 370-396.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, *34*(6), 520-538.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(4), 477-485.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, *33*, 250-262.
- Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(1), 11-17.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(5), 563-569.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, *16*(3), 8-18.
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C., & Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human responding: sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *27*(3), 453-467.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1990). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, *20*(1), 3-23.
- May, R. J., Stewart, I., Baez, L., Freegard, G., & Dymond, S. (2017). Arbitrarily applicable spatial relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *107*(2), 234-257.
- McCracken, L. M., DaSilva, P., Skillicorn, B., & Doherty, R. (2014). The Cognitive Fusion Questionnaire: A preliminary study of psychometric properties and prediction of functioning in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, *30*(10), 894-901.

- McEntegart, C. (2018). A brief tutorial on acceptance and commitment therapy as seen through the lenses of derived stimulus relations. *Perspectives on Behavior Science*, 41(1), 215-227.
- McEntegart, C., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Barnes-Holmes, D. (2015). The ties between a basic science of language and cognition and its clinical applications. *Current Opinion in Psychology*, 2, 56-59.
- McGhee, P. E. (2002). *Understanding and promoting the development of children's humor*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2004). Understanding perspective-taking, false belief, and deception from a behavioural perspective. *The Irish Psychologist*, 30, 142-147.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 122-129.
- Meehan, E. F., & Fields, L. (1995). Contextual control of new equivalence classes. *The Psychological Record*, 45(2), 165-182.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192.
- Meléndez, G. A. N. (2010). Evaluación y entrenamiento de la toma de perspectiva: una propuesta analítica funcional. *Diversitas*, 6(1), 141-151.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em: C. E. Costa, J. C. Luzia, H. H. N. Sant'Anna (Org.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). Santo André, SP: ESETec.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em: J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Org.) *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16(2), 191-206.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de Análise do Comportamento*. Brasília, DF: Coordenada Thesaurus.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford press.
- Millward, R. B., & Spoehr, K. T. (1973). The direct measurement of hypothesis-sampling strategies. *Cognitive Psychology*, 4(1), 1-38.
- Mischkowski, D., Kross, E., & Bushman, B. J. (2012). Flies on the wall are less aggressive: Self-distancing “in the heat of the moment” reduces aggressive thoughts, angry feelings and aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(5), 1187-1191.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for Generalized Anxiety Disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795.
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M., & Mohr, P. (2012). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & Health*, 27(2), 74-90.

- Mogg, K., Mathews, A., & Weinman, J. (1989). Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4), 317-323.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153.
- Moore, J. (2008). *Conceptual foundations of radical behaviorism*. Cornwall-on-Hudson: Sloan.
- Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., ... & Crippa, J. A. D. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Mulick, J. A., Leitenberg, H., & Rawson, R. A. (1976). Alternative response training, differential reinforcement of other behavior and extinction in squirrel monkeys (*Saimiri sciureus*). *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 25(3), 311-320.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Follette, W. C. (2019). When love is not enough: The case of therapeutic love as a middle-level term in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(1), 103-113.
- Mynatt, C. R., Doherty, M. E., & Tweney, R. D. (1977). Confirmation bias in a simulated research environment: An experimental study of scientific inference. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 29(1), 85-95.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.
- Nuñez, R. C. (2017). *VB, RFT and LOL: A behavior analytic approach to teaching humor comprehension* (Dissertação de mestrado). California State University, Estados Unidos da América.
- O'Connor, M., Farrell, L., Munnely, A., & McHugh, L. (2017). Citation Analysis of Relational Frame Theory: 2009–2016. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.009>.
- O'Hora, D., Barnes-Holmes, D., Roche, B., & Smeets, P. (2004). Derived relational networks and control by novel instructions: A possible model of generative verbal responding. *The Psychological Record*, 54(3), 437-460.

- O'Hora, D., Roche, B., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P.M. (2002). Response latencies to multiple derived stimulus relations: testing two predictions of relational frame theory. *The Psychological Record*, 52(1), 51-76.
- O'Neill, J., & Weil, T.M. (2014). Training deictic relational responding in people diagnosed with schizophrenia. *The Psychological Record*, 64(2), 301-310.
- O'Sullivan, B. (2013). *Comparing the effectiveness of thought suppression and cognitive defusion in managing obsessional intrusive thoughts* (Dissertação de doutorado). University of Glasgow, Escócia.
- O'Hora, D., Barnes-Holmes, D., & Stewart, I. (2014). Antecedent and consequential control of derived instruction-following. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 102(1), 66-85.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 557-577.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of functional analytic psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 111-116.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Öst, L. G. (2017). Rebuttal of Atkins et al. (2017) critique of the Öst (2014) meta-analysis of ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 273-281.
- Otto, M. W., & Deveney, C. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 28-32.
- Paracampo, C. C. P., & de Albuquerque, L. C. (2005). Comportamento controlado por regras: Revisão crítica de proposições conceituais e resultados experimentais. *Interação em Psicologia*, 9(2), 227-237.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2014). Task analysis: New developments for programmatic research on the process of change. Em: W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Explorations in mental health: Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research* (pp. 249-273). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pate, J., & Loomis, J. (1997). The effect of distance on willingness to pay values: A case study of wetlands and salmon in California. *Ecological Economics*, 20(3), 199-207.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495-521.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. Em: J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 17-59). New York, NY: Academic Press.
- Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2007). The self-report method. Em: R. W. Robins, R. C. Fraley & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 224-239). New York, NY: Guilford.

- Pavlov, I.P. (2003). *Conditioned reflexes*. Mineola, NY: Dover Publications, Inc. (Trabalho original publicado em 1927).
- Perez, W. F. (2017). Explicações comportamentais da correspondência dizer-fazer. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(1), 16-28.
- Perez, W. F., De Almeida, J. H., & De Rose, J. C. (2015). Transformation of meaning through relations of sameness and opposition. *The Psychological Record*, 65(4), 679-689.
- Perez, W. F., Fidalgo, A. P., Kovac, R., & Nico, Y. C. (2015). The transfer of Cfunc contextual control through equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 103(3), 511-523.
- Pergher, N. K., Colombini, F. A., Samelo, M. J., Modenesi, R. D., Angelo, H. V. B. R. (2015). Planejamento, organização e flexibilidade mental. Em: T. Pantano, C. C. de. A. Rocca (Org.). *Como se estuda? Como se aprende? Um guia para pais, professores e alunos, considerando os princípios das neurociências* (p. 209-232). São José dos Campos: Pulso Editorial.
- Petscher, E. S., Rey, C., & Bailey, J. S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 409-425.
- Pfizer Inc. (2005). *GAD-7*. Recuperado de: <http://www.phqscreeners.com/>.
- Piaget, J. (2002). *The language and thought of the child* (3rd edition). Londres: Routledge. (Trabalho original publicado em 1926).
- Pilecki, B. C., & McKay, D. (2012). An Experimental Investigation of Cognitive Defusion. *Psychological Record*, 62(1), 19-40.
- Pilgrim, C., & Galizio, M. (1990). Relations between baseline contingencies and equivalence probe performances. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54(3), 213-224.
- Pilgrim, C., & Galizio, M. (1995). Reversal of baseline relations and stimulus equivalence: I. adults. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 63(3), 225-238.
- Ploghaus, A., Becerra, L., Borras, C., & Borsook, D. (2003). Neural circuitry underlying pain modulation: Expectation, hypnosis, placebo. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(5), 197-200.
- Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *Behavior Analyst*, 32(1), 85-103.
- Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. Em: S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-358). New York, NY: Plenum Press.
- Popovitz, J. M. B., & Silveira, J. M. da (2014). A especificação do responder contingente do terapeuta na psicoterapia analítica funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 5-20.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443-448.

- Quiñones, J. L., & Hayes, S. C. (2014). Relational coherence in ambiguous and unambiguous relational networks. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *101*(1), 76-93.
- Rachlin, H. (2006). Notes on discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *85*(3), 425-435.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(2), 149–154.
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: Fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, *14*(2), 125-131.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *12*(4), 311-318.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*(4), 233-248.
- Ray, R. D., McRae, K., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2010). Cognitive reappraisal of cognitive affect: Converging evidence from EMG and self-report. *Emotion*, *10*(4), 587-592.
- Rehfeldt, R. A., Dillen, J. E., Ziomek, M. M., & Kowalchuck, R. K. (2007). Assessing relational learning deficits in perspective-taking in children with high-functioning autism spectrum disorder. *The Psychological Record*, *57*(1), 23-47.
- Rescorla, R.A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, *47*(3), 151-160.
- Reynolds, S., & Streiner, D. (1998). Why we do not abstract analogue studies of treatment outcome and scale development. *Evidence Based Mental Health*, *1*(4), 101-102.
- Riccio, D. C., & Silvestri, R. (1973). Extinction of avoidance behavior and the problem of residual fear. *Behaviour Research and Therapy*, *11*(1), 1-9
- Riess, B. F. (1940). Semantic conditioning involving the galvanic skin reflex. *Journal of Experimental Psychology*, *26*(2), 238-240.
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Berghoff, C. R., Barnes-Holmes, D., & Nicholson, E. (2015). The impact of a cognitive defusion intervention on behavioral and psychological flexibility: An experimental evaluation in a spider fearful non-clinical sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(2), 112-120.
- Robichaud, M. (2013). A clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(3), 247-250.
- Robinson, M. E., Gagnon, C. M., Riley III, J. L., & Price, D. D. (2003). Altering gender role expectations: Effects on pain tolerance, pain threshold, and pain ratings. *The Journal of Pain*, *4*(5), 284-288.
- Roche, B. T., Kanter, J. W., Brown, K. R., Dymond, S., & Fogarty, C. C. (2010). A comparison of “direct” versus “derived” extinction of avoidance responding. *The Psychological record*, *58*(3), 443-464.
- Roche, B., & Barnes, D. (1996). Arbitrarily applicable relational responding and sexual categorization: a critical test of the derived different relation. *The Psychological Record*, *46*(3), 451-475.
- Roche, B., & Barnes, D. (1997). A transformation of respondently conditioned stimulus functions in accordance with arbitrarily applicable relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *67*(3), 275-301.

- Roche, B., & Dymond, S. (2010). A transformation of functions in accordance with the nonarbitrary relational properties of sexual stimuli. *The Psychological Record*, 58(1), 71-90.
- Roche, B., Barnes, D., & Smeets, P. M. (1997). Incongruous stimulus pairing and conditional discrimination training: Effects on relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 68(2), 143-160.
- Roche, B., Barnes-Holmes, D., Smeets, P. M., Barnes-Holmes, Y., & McGeady, S. (2000). Contextual control over the derived transformation of discriminative and sexual arousal functions. *The Psychological Record*, 50(2), 267-291.
- Roche, B., Forsyth, J.P., & Maher, E. (2007). The impact of demand characteristics on brief acceptance- and control-based interventions for pain tolerance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 381-393.
- Rochefort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, 49(3), 435-449.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Arntz, A. (2012). The effects of experimentally induced rumination, positive reappraisal, acceptance and distancing when thinking about a stressful event on affect states in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 73-84.
- Rosales, R., Rehfeldt, R.A., & Lovett, S. (2011). Effects of multiple exemplar training on the emergence of derived relations in preschool children learning a second language. *The Analysis of Verbal Behavior*, 27(1), 61-74.
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Rossit, R.A.S. & Goyos, C. (2015). Transferência e transformação de funções relacionais de /maior-que/ e /menor-que/ em crianças com deficiência intelectual. *Temas em Psicologia*, 23(1), 137-155.
- Roy, B. C., Frank, M. C., DeCamp, P., Miller, M., & Roy, D. (2015). Predicting the birth of a spoken word. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(41), 12663-12668.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14.
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2015). Common physical properties among relational networks improve analogy aptness. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 103(3), 498-510.

- Russell, R. L., & Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86(2), 404-419.
- Ryle, G. (2000). *The concept of mind*. Londres: Penguin Books (Trabalho original publicado em 1949).
- Safran, J. D. (2002). Ampliando os limites da Terapia Cognitiva: O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 1-17.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 447-458.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. Em: R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 45-61). Oxford: Pergamon.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions - A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549-552.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50.
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 309-322.
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 8(3), 309-322.
- Schlinger, H. D. (2008). Listening is behaving verbally. *The Behavior Analyst*, 31(2), 145-161.
- Schlinger, H. D., & Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10(1), 41-45.
- Schoendorff, B., & Steinwachs, J. (2012). Using functional analytic therapy to train therapists in acceptance and commitment therapy, a conceptual and practical framework. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 135-137,
- Schwartz, M. A. (2008). The importance of stupidity in scientific research. *Journal of Cell Science*, 121(11), 1771-1771.
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36(2), 207-220.

- Shuller, D. Y., & McNamara, J. R. (1976). Expectancy factors in behavioral observation. *Behavior Therapy*, 7(4), 519-527.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research history*. Boston, MA: Authors Cooperative Inc., Publishers.
- Sidman, M. (2000). Equivalence relations and the reinforcement contingency. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 74(1), 127-146.
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 5-22.
- Sierra, M. A., Ruiz, F. J., Flórez, C. L., Hernández, D. R., & Luciano, C. (2016). The role of common physical properties and augmental functions in metaphor effect. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 265-279.
- Singh, R. S., & O'Brien, W. H. (2018). A quantitative synthesis of functional analytic psychotherapy single-subject research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 35-46.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York, NY: Vintage Books.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo, SP: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953).
- Slattery, B., & Stewart, I. (2014). Hierarchical classification as relational framing. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 61-75.
- Smith, R., Michael, J., & Sundberg, M. L. (1996). Automatic reinforcement and automatic punishment in infant vocal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 13(1), 39-48.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuing questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172.
- Snyder, K., Lambert, J., & Twohig, M. P. (2011). Defusion: A behavior-analytic strategy for addressing private events. *Behavior Analysis in Practice*, 4(2), 4-13.
- Snyder, M., & Campbell, B. (1980). Testing hypotheses about other people: The role of the hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(3), 421-426.
- Snyder, M., & Swann, W. B. (1978). Hypothesis-testing processes in social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(11), 1202-1212.
- Soriano, M. C. L., Valverde, M. R., & Martínez, O. G., (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 377-396.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092-1097.
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, *22*(7), 947-975.
- Steele, D., & Hayes, S.C. (1991). Stimulus equivalence and arbitrarily applicable relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *56*(3), 519-555.
- Stevens, J. R., Rosati, A. G., Ross, K. R., & Hauser, M. D. (2005). Will travel for food: Spatial discounting in two new world monkeys. *Current Biology*, *15*(20), 1855-1860.
- Stewart, I., & Barnes-Holmes, D. (2001). Understanding metaphor: A relational frame perspective. *The Behavior Analyst*, *24*(2), 191-199.
- Stewart, I., McElwee, J., & Ming, S. (2013). Language generativity, response generalization and derived relational responding. *Analysis of Verbal Behavior*, *29*(1), 137-155.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(3), 411-420.
- Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(1), 89-96.
- Stöber, J., Tepperwien, S., & Staak, M. (2000). Worrying leads to reduced concreteness of problem elaborations: Evidence for the avoidance theory of worry. *Anxiety, Stress & Coping*, *13*(3), 217-227.
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *47*(3), 332-362.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Londres: Sage Publications.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*, *29*(1), 35-63.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sundberg, M. L. (2008) *Verbal behavior milestones assessment and placement program: The VB-MAPP*. Concord, CA: AVB Press.
- Sundberg, M. L., Michael, J., Partington, J. W., & Sundberg, C. A. (1996). The role of automatic reinforcement in early language acquisition. *The Analysis of Verbal Behavior*, *13*(1), 21-37.
- Swann, W. B., & Read, S. J. (1981a). Self-verification processes: How we sustain our self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology*, *17*(4), 351-372.

- Swann, W. B., & Read, S. J. (1981b). Acquiring self-knowledge: The search for feedback that fits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(6), 1119-1128.
- Swinson, R. P. (2006). The GAD-7 scale was accurate for diagnosing. *Evidence Based Medicine*, 11(6), 184.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 114-119.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583-589.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teixeira Júnior, R. R. (2007). *Variáveis de controle do comportamento governado por regras: Uma análise de métodos e resultados de estudos da área* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Brasil.
- Törneke, N. (2010). Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in clinical practice: A professional guide to using language in psychotherapy*. Oakland, CA: Context Press.
- 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.
- Twohig, M. P., & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression & anxiety: Annotated transcripts for learning acceptance & commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Tyndall, I. T., Papworth, R., Roche, B. T., & Bennett, M. (2017). Differential effects of word-repetition rate on cognitive defusion of believability and discomfort of negative self-referential thoughts postintervention and at one-month follow-up. *The Psychological Record*, 1-10. doi:10.1007/s40732-017-0227-2
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2018). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284.
- Valverde, M. R., Luciano, C., & Barnes-Holmes, D. (2009). Transfer of aversive respondent elicitation in accordance with equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 92(1), 85-111.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. *Boletim Contexto*, 34, 33-41.
- 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.
- Varelas, A., & Fields, L. (2015). Induction of a generalized transitivity repertoire via multiple-exemplar training and staged training. *The Psychological Record*, 65(4), 595-614.

- Vaughan, M. E., & Michael, J. L. (1982). Automatic reinforcement: An important but ignored concept. *Behaviorism*, *10*(2), 217-227.
- Vervoort, E., Vervliet, B., Bennett, M., & Baeyens, F. (2014). Generalization of human fear acquisition and extinction within a novel arbitrary stimulus category. *Plos One*, *9*(5), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0096569.
- Villardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *5*(2), 178-184.
- Villardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, *32*(1), 105-133.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The effects of analyses of contingencies on clinically relevant behaviors and out-of-session changes in functional analytic psychotherapy. *The Psychological Record*, *66*(4), 599-609.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W., & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in Functional Analytic Psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, *15*(1), 1-19.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Vitale, A., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Campbell, C. (2008). Facilitating responding in accordance with the relational frame of comparison: systematic empirical analysis. *The Psychological Record*, *58*(3), 365-390.
- Vollmer, T. R., & Iwata, B. A. (1992). Differential reinforcement as treatment for behavior disorders: Procedural and functional variations. *Research in Developmental Disabilities*, *13*(4), 393-417.
- Vollmer, T. R., Iwata, B. A., Zarcone, J. R., Smith, R. G., & Mazaleski, J. L. (1993). The role of attention in the treatment of attention-maintained self-injurious behavior: Noncontingent reinforcement and differential reinforcement of other behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *26*(1), 9-21.
- von Baeyer, C. L., Piira, T., Chambers, C. T., Trapanotto, M., & Zeltzer, L. K. (2005). Guidelines for the cold pressor task as an experimental pain stimulus for use with children. *The Journal of Pain*, *6*(4), 218-227.
- Vygotski, L. S. (2011). *Pensamento e linguagem*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Wagener, A. L., & Zettle, R. D. (2011). Targeting fear of spiders with control-, acceptance-, and information-based approaches. *The Psychological Record*, *61*(1), 77-92.
- Waldeck, D., Pancani, L., & Tyndall, I. (2019). An examination of the construct validity of the Generalized Pliance Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *11*, 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.12.003>
- Watson, C., Burley, M. C., & Purdon, C. (2010). Verbal repetition in the reappraisal of contamination-related thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(3), 337-353.
- Wechsler, A. M., & do Amaral, V. L. R. (2009). Correspondência verbal: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *11*(2), 189-208.

- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), 87-119.
- Weil, T. M., Hayes, S. C., & Capurro, P. (2011). Establishing a deictic relational repertoire in young children. *The Psychological Record*, 61(3), 371-390.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Modification*, 23(4), 526-555.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Wells, A. & Fisher, P. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge.
- Westrup, D. (2014). *Advanced Acceptance and Commitment Therapy: The experienced practitioner's guide to optimizing delivery*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Whelan, R., & Barnes-Holmes, D. (2004). The transformation of consequential functions in accordance with the relational frames of same and opposite. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 82(2), 177-195.
- Whelan, R., Barnes-Holmes, D., & Dymond, S. (2006). The transformation of consequential functions in accordance with the relational frames of more-than and less-than. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 86(3), 317-335.
- Wild, B., Eckl, A., Herzog, W., Niehoff, D., Lechner, S., Maatouk, I., ... & Löwe, B. (2014). Assessing generalized anxiety disorder in elderly people using the GAD-7 and GAD-2 scales: Results of a validation study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1029-1038.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., & Hayes, S. C. (1996). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 66(3), 267-281.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a course for behavioral treatment. Em: S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York, NY: The Guilford Press.
- Winsler, A., Fernyhough, C., & Montero, I. (2009). *Private speech, executive functioning and the development of verbal self-regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 15-21.
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure?. *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839.

- Wolgast, M., Lundh, L., & Vibord, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 858-866
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 132(3), 189-203.
- Wolpe, J. (1976). *Prática da terapia comportamental*. São Paulo, SP: Brasiliense. Publicado originalmente em 1973.
- Wray, A. M., Dougher, M. J., Hamilton, D. A., & Guinther, P. M. (2012). Examining the reinforcing properties of making sense: A preliminary investigation. *The Psychological Record*, 62(4), 599-622.
- Wray, A.M., Freund, R.A., & Dougher, M.J. (2009). A behavior-analytic account of cognitive bias in clinical populations. *The Behavior Analyst*, 32(1), 29-49.
- Wulfert, E., & Hayes, S.C. (1988). Transfer of a conditional ordering response through conditional equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(2), 125-144.
- Yamazaki, Y., Saiki, M., Inada, M., Iriki, A., & Watanabe, S. (2014). Transposition and its generalization in common marmosets. *Journal of Experimental Psychology: Animal Learning and Cognition*, 40(3), 317-326.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77-89.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. Em: P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1) (pp. 73-118). New York, NY: Academic Press.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reasoning. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Malden, MA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C.L., Song, H., & Sudarjanto, R.P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55(4), 511-524
- Zytowsky, D. G. (1966). The study of therapy outcomes via experimental analogs: A review. *Journal of Counseling Psychology*, 13(2), 235-240.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES (ESTUDO II)

Prezado participante,

Somos pesquisadores do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estudamos a relação das pessoas com seus próprios pensamentos.

E o convidamos a participar de um projeto de pesquisa de doutorado que será conduzido por mim, Daniel Afonso Assaz, sob orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, sob o número do processo (CAAE 59240416.1.0000.5561). O CEPH-IPUSP é credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e fica localizado na Av. Professor Mello Moraes, nº. 1.721 - Bloco G - Sala 27- Cidade Universitária - São Paulo/SP.

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

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa

A pesquisa consistirá na realização de uma breve intervenção psicológica e da observação de seus efeitos em uma atividade.

A intervenção psicológica a ser utilizada é retirada da Terapia de Aceitação e Compromisso, uma proposta psicoterapêutica amplamente estudada e praticada e com evidências de eficácia para diversas dificuldades psicológicas. O objetivo da intervenção é estabelecer uma relação diferente entre o participante e seus próprios pensamentos, o que pode trazer benefícios as pessoas que lidam com pensamentos difíceis.

A atividade a ser realizada é a Tarefa de Imersão no Gelo (TIG), que consiste na inserção de uma das mãos no gelo. A TIG tem sido amplamente empregada no estudo do desconforto humano e tem contribuído para o melhor entendimento desse fenômeno e o desenvolvimento de estratégias para minimizá-lo.

Durante a pesquisa suas tarefas serão: a participação na TIG, a colaboração durante a intervenção e o preenchimento de uma escala.

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados

Certo nível de desconforto é previsto em função da natureza da TIG. Entretanto, essa tarefa foi eticamente aprovada por participantes em pesquisas anteriores e algumas medidas dessa pesquisa estão presentes para minimizar o desconforto o tanto quanto possível. O principal deles é que o participante terá a liberdade de retirar a mão do gelo quando quiser.

Além das contribuições para a presente pesquisa e, portanto, para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas para ajudar as pessoas a lidarem com situações de desconforto, a participação no estudo poderá trazer benefícios ao participante. A intervenção utilizada, apesar de breve, pode ter efeitos benéficos ao participante ao contribuir no enfrentamento de situações difíceis e desconfortáveis em sua própria vida.

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento

Durante toda a pesquisa, o pesquisador estará atento ao participante e estará disposto a oferecer qualquer assistência que o participante possa requerer durante o procedimento, ainda que isso envolva suspender a pesquisa. O pesquisador também estará disponível para quaisquer esclarecimentos adicionais antes, durante e após a participação. Ademais, garante-se que eventuais despesas decorrentes de sua participação na pesquisa serão ressarcidas.

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

Mesmo que você concorde em participar, caso sinta qualquer desconforto você poderá, a qualquer momento, suspendê-la. É importante que você comunique sobre sua desistência ao pesquisador, caso ela ocorra. Você poderá discutir com o pesquisador qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas.

Garantia de sigilo e privacidade

As informações prestadas por você durante a pesquisa serão utilizadas para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Somente o pesquisador e as orientadoras terão acesso aos dados, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

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

Atenciosamente,

Daniel Afonso Assaz

Pesquisador responsável do Departamento de Psicologia Clínica

Eu ,....., R.G.:
....., li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios que posso ter. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado (a) que serei atendido (a) sem custos para mim. Aceito participar do projeto de pesquisa descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas. São Paulo, de de 20.....

Assinatura do participante: _____

ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO AFERIDOR DE FIDELIDADE (ESTUDO II)

Prezado aferidor de fidelidade,

O presente trabalho intitulado “*Comparação dos efeitos de dois procedimentos para promover desfusão cognitiva*” é uma pesquisa de doutorado do psicólogo Daniel Afonso Assaz e está sob a orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do participante e do material utilizado:

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

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

____/____/____

Data

Assinatura do Aferidor

Assinatura do Pesquisador

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO II (VERSÃO BRASILEIRA)

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

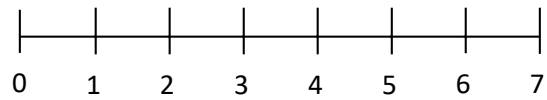
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Sexo [F] [M] **Idade** _____

Reimpresso de: Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira, por L. M. Barbosa, & S. G. Murta, 2015, *Psico-USF*, 20(1), p. 84.

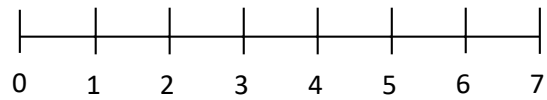
ANEXO D – ESCALA TIPO LIKERT DE INTENSIDADE DE DOR (ESTUDO II)

Assinale na escala abaixo qual a intensidade da dor que você sentiu durante a tarefa de imersão da mão no gelo, sendo 0 “nada doloroso” e 7 “extremamente doloroso”.



ANEXO E – ESCALA TIPO LIKERT DE FIDELIDADE AO PROTOCOLO (ESTUDO II)

Assinale na escala abaixo o quanto o experimentador aderiu ao protocolo na gravação de áudio, sendo 0 “nada fiel” e 7 “extremamente fiel”.



ANEXO F – PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DO ESTUDO II

Parte 1: Todos os grupos

Sortear de forma randômica o grupo do participante

Retirar relógio da sala. Medir temperatura ambiente. Preparar duas bacias, uma com água a temperatura ambiente e outra com água gelada (2-4°C, medidos com termômetro).

Bom dia, [nome]. Obrigado por ter vindo hoje. Antes de começarmos, eu gostaria que você lesse o Termo de Consentimento para somente então decidir se você gostaria participar da pesquisa e ajudar o nosso laboratório. Caso tenha qualquer dúvida, fique à vontade para me perguntar.

Entregar TCLE e explicar o projeto. Caso o participante não assine, agradecê-lo e dispensá-lo.

Eu poderia gravar a nossa conversa? Todos os dados serão sigilosos.

Caso a resposta seja sim, ligar o gravador.

Ótimo, obrigado por aceitar colaborar conosco. Antes de continuarmos eu preciso que você responda a algumas perguntas, tudo bem?

- Você tem histórico de doença cardiovascular?
- Você sofre de epilepsia?
- Você sofre de diabetes?
- Você sofre de dor crônica?
- Você usou algum medicamento analgésico nas últimas 12 horas?
- Você utiliza algum medicamento psiquiátrico? Se sim, qual?

Se alguma das cinco primeiras respostas acima for positiva, agradecer e dispensar o participante da pesquisa.

Obrigado. Agora eu preciso que você preencha um pequeno questionário, denominado Questionário de Ação e Aceitação II. Ele consiste em sete afirmações sobre sentimentos, pensamentos e memórias. Para cada afirmação, por favor, assinale o quanto ela é verdade para você, entre 1 (nunca) e 7 (sempre). Caso tenha qualquer dúvida, fique à vontade para me perguntar.

Entregar AAQ-II. Responder eventuais dúvidas.

Ótimo. Você é destro ou canhoto de mão? Você poderia retirar quaisquer acessórios de sua mão, como anéis e relógio? Esta bacia contém água a temperatura ambiente, você poderia, por favor, colocar sua mão [especificar mão não dominante] nesta bacia?

Cronometrar 2 minutos.

Agora esta outra bacia contém água gelada. Em breve eu vou pedir que você retire sua mão da bacia com água a temperatura ambiente e coloque nesta outra, que contém apenas água gelada. Quando você estiver com a mão embaixo da água eu vou lhe pedir duas coisas. A primeira é que, por favor, me avise quando começar a sentir uma leve dor ou desconforto na mão. A segunda é que você tente, por favor, permanecer com a mão na água gelada o maior tempo que conseguir. Mas lembre-se que a qualquer momento que quiser você pode optar por encerrar a atividade e retirar a mão da água: a escolha é totalmente sua. Porém, tente ficar com a mão na água o maior tempo possível. Se você tiver qualquer dúvida, fique à vontade para me perguntar agora, porque enquanto você estiver com a água na bacia, não poderei responder mais ou conversar com você. Se não tiver dúvidas, pode trocar a mão de bacia. Só espere um pouco para que eu possa marcar o tempo.

Cronometrar. Anotar limiar de dor e tempo de imersão. Se participante ficar mais do que 5 minutos, pedir para retirar a mão.

Obrigado. Você pode assinalar nessa folha, de 0 a 7 (sendo 0 o mais baixo e 7 o mais alto), o nível de dor que você sentiu durante a atividade?

Entregar escala Tipo Likert. Caso o participante tenha atingido o tempo limite, perguntar o que ele fez para aguentar tanto tempo com a mão imersa, agradecê-lo e dispensá-lo do restante da pesquisa.

Além da dor sentida, outras experiências também surgiram para você durante a atividade, como por exemplo, pensamentos? Você consegue lembrar-se de algum desses pensamentos que você teve um pouco antes de retirar a mão da água?

Anotar pensamento.

Realmente parece difícil que tenhamos alguma experiência sem que apareça junto algum pensamento. E, muitas vezes, parece que esses pensamentos têm muita força sobre o modo como agimos. Reagimos ao que eles dizem instintivamente, obedecendo-os. Por um lado, isto pode ser muito benéfico. Você pode me relatar um momento da sua vida (algo do seu dia-a-dia) no qual obedecer a esses pensamentos foi benéfico para você?

Esperar resposta. Se participante tiver dificuldade, oferecer modelo de seguir instruções memorizadas, como caminho ou lista de compras.

Realmente, é um bom exemplo. Mas por outro lado, obedecer aos pensamentos pode ser muito prejudicial e trazer sofrimento. Você pode me relatar um momento da sua vida (algo do seu dia-a-dia) no qual obedecer a esses pensamentos foi prejudicial para você?

Esperar resposta do participante. Se ele tiver dificuldade, oferecer modelo preocupação sobre evento incontrolável ou procrastinação.

Exatamente. Voltando para a atividade do gelo, é possível que aquele pensamento [introduzir pensamento anotado] possa ter te influenciado no que você sentiu e fez na hora.

Parte 2a: Grupo Repetição da palavra

Por causa disso, eu gostaria de apresentar outra forma de reagir a esse e outros pensamentos, uma que não seja simplesmente obedecê-lo, e que possa diminuir a força dele sobre o que você faz. Assim, você teria mais escolha sobre o que você realmente quer fazer na situação. Uma forma de responder a esses pensamentos é a “deliteralização”, na qual a gente retira o significado psicológico de uma palavra. Vamos ver isso melhor através de um exercício. O que te lembra a palavra “cerveja”?

Esperar resposta do participante. Se ele tiver dificuldade, apresentar exemplos de sabor, cor, festa.

Ótimo, essa palavra está relacionada a essas coisas mesmo. E parece que uma simples palavra foi capaz de trazer tudo isso aqui. Agora eu gostaria que você repetisse a palavra cerveja em voz alta até eu pedir para você parar, ok? Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário. Iniciar cronômetro quando participante iniciar o exercício. Falar “mais alto” na marca dos 13 segundos; “mais rápido” com 26 segundos; e “pare” com 30 segundos.

E agora, quando eu digo a palavra “cerveja”, o que acontece?

Em caso de dificuldade do participante, perguntar sobre elementos que surgiram na primeira vez.

Que interessante, parece que todo aquele significado psicológico que tinha a palavra “cerveja” não está mais presente. É esse fenômeno que me referia pelo nome de deliteralização. Vamos ver o que acontece se fizermos a mesma coisa com o pensamento [incluir pensamento que surgiu durante tarefa de compressão no gelo]? Você deve fazer o mesmo, simplesmente repetir essa frase até eu pedir para parar. Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário. Iniciar cronômetro quando participante iniciar o exercício. Falar “mais alto” na marca dos 13 segundos; “mais rápido” com 26 segundos; e “pare” com 30 segundos.

E agora, quando eu digo [inserir pensamento], o que acontece?

Esperar resposta do participante.

Que interessante. Novamente, parece que todo aquele significado psicológico que esse pensamento tinha foi reduzido; ele parece ter menos força. Bom, agora eu vou pedir para você fazer a tarefa da mão na água gelada mais uma vez, tudo bem? Mas agora, quando um pensamento como o [incluir pensamento] ou qualquer outro relacionado à dor ou fuga, como “Que frio”, “Não dá mais”, “Está doendo” ou “Vou tirar” aparecer durante a atividade, gostaria que você utilizasse a estratégia de deliteralização que fizemos agora. Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário.

Parte 2b: Grupo Carregando cartas

Por causa disso, eu gostaria de apresentar outra forma de responder a esse e outros pensamentos, uma que não seja simplesmente obedecê-lo, e que possa diminuir a força dele sobre o que você faz. Assim, você teria mais escolha sobre o que você realmente quer fazer na situação. Uma forma de responder a esses pensamentos é agir da forma contrária, oposta ao que eles estão dizendo. Vamos ver isso melhor através de um exercício. Eu gostaria que você escrevesse nesse cartão o pensamento que você teve durante a atividade da mão no gelo.

Entregar cartão e caneta para participante. Experimentador escreve frase “Eu não consigo andar” em outro cartão e o dobra, sem o participante ler seu conteúdo.

Ótimo. Agora pegue esse cartão, esse pensamento e dobre-o. Coloque-o junto com este que estou te entregando em seu bolso. E agora eu gostaria que você se levantasse e andasse ao redor dessa sala até eu pedir para você parar, ok? Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário. Iniciar cronômetro quando participante iniciar o exercício. Falar “continue” na marca dos 13 segundos; “mais rápido” com 26 segundos; e “pare, pode se sentar” com 30 segundos.

Como foi andar?

Esperar resposta do participante.

Está bem. Agora, por favor, abra os cartões e leia-os em voz alta.

Esperar participante ler.

Que interessante. Parece que você conseguiu carregar essas frases junto a você durante a atividade sem grandes dificuldades. E inclusive conseguiu agir de uma forma que era totalmente oposta ao que uma delas dizia. Vamos ver o que acontece se fizermos a mesma coisa, mas agora sabendo o conteúdo de todos esses cartões? Você deve fazer o mesmo, simplesmente andar pela sala com estes cartões no bolso. Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário. Iniciar cronômetro quando participante iniciar o exercício. Falar “continue” na marca dos 13 segundos; “mais rápido” com 26 segundos; e “pare, pode se sentar” com 30 segundos.

Como foi andar?

Esperar resposta do participante. Em caso de dificuldade de responder, perguntar para comparar com primeira vez.

Que interessante. Novamente você foi capaz de agir de modo contrário ao que a frase dizia. Parece que você não o obedeceu; parece que ele teve menos força sobre o que você iria fazer. Bom, agora eu vou pedir para você fazer a tarefa da mão na água gelada mais uma vez, tudo bem? Mas agora, quando um pensamento como o [incluir pensamento] ou qualquer outro relacionado à dor ou fuga, como “Que frio”, “Não dá mais”, “Está doendo” ou “Vou tirar” aparecer durante a atividade, gostaria que você utilizasse a estratégia de agir de forma contrária ao conteúdo do pensamento, carregando ele com você, da mesma forma que fizemos agora. Você tem alguma dúvida do que precisa fazer?

Tirar dúvidas, se necessário.

Parte 2c: Grupo controle

Mudando um pouco de assunto, eu tenho mais algumas perguntas para você, tudo bem? Você pode me contar alguma atividade que você gosta de fazer no seu tempo livre?

Esperar resposta do participante. Em caso de dificuldade, sugerir artes, esportes, atividades sociais.

Você pode me contar um pouco mais sobre essa atividade?

Esperar resposta do participante. Em caso de resposta simples, perguntar sobre frequência, local da atividade; há quanto tempo a faz; qual a parte que mais lhe atrai na atividade. Cronometrar 4 minutos de conversa.

Bom, agora eu vou pedir para você fazer a tarefa da mão na água gelada mais uma vez, tudo bem?

Parte 3: Todos os grupos

O procedimento é o mesmo da primeira vez. Esta bacia contém água a temperatura ambiente, você poderia, por favor, colocar sua mão não dominante nesta bacia?

Cronometrar 2 minutos.

Agora essa outra bacia contém água gelada. Em breve eu vou pedir que você retire sua mão da bacia com água a temperatura ambiente e coloque nesta outra, que contém apenas água gelada.

Quando você estiver com a mão embaixo d'água eu vou lhe pedir duas [Para grupos REP e CAR: três] coisas. A primeira é que, por favor, me avise quando começar a sentir uma leve dor ou desconforto na mão. A segunda é que você tente, por favor, permanecer com a mão na água gelada o maior tempo que conseguir. Mas lembre-se que a qualquer momento que quiser você pode optar por encerrar a atividade e retirar a mão da água: a escolha é totalmente sua. Porém, tente ficar com a mão na água o maior tempo possível. [Para grupos REP e CAR: e a terceira é que, quando algum pensamento relacionado à atividade surgir, como “Que frio”, “Não dá mais”, “Está doendo” ou “Vou tirar”, você utilize a estratégia que praticamos agora há pouco]. Se você tiver qualquer dúvida, fique à vontade para me perguntar agora. Enquanto você estiver com a água na bacia, não poderei responder mais ou conversar com você. Se não tiver dúvidas, pode trocar a mão de bacia. Só espere um pouco para que eu possa marcar o tempo.

Cronometrar. Se participante ficar mais do que 5 minutos, pedir para retirar a mão.

Anotar limiar de dor e tempo de imersão.

Obrigado. Você pode assinalar nessa folha, de 0 a 7 (sendo 0 o mais baixo e 7 o mais alto), o nível de dor que você sentiu durante a atividade?

Entregar escala Tipo Likert.

Obrigado. E como foi dessa vez? [Para grupos REP e CAR, perguntar: Você conseguiu utilizar a estratégia que havíamos praticado?].

Anotar resposta.

Isto é tudo, obrigado por participar.

ANEXO G – SISTEMA DE CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS AS COGNIÇÕES DO CLIENTE (SICARECC)

Resumo geral

Categorias do cliente	Categorias do terapeuta
Obediência (C-OBE)	
Exploratória (C-EXP)	Exploratória (T-EXP)
Controladora (C-CONT)	Controladora (T-CONT)
Metacognitiva (C-MET)	Metacognitiva (T-MET)
Avaliativa (C-AVA)	Avaliativa (T-AVA)
Analítica (C-ANA)	Analítica (T-ANA)
Validante (C-VAL)	Validante (T-VAL)
Concreta (C-CONC)	Controladora (T-CONC)
Dialógica (C-DIA)	Dialógica (T-DIA)
Disruptiva (C-DRU)	Disruptiva (T-DRU)
Facilita progresso (C-FAC)	Facilita progresso (T-FAC)
Dificulta progresso (C-DIF)	Dificulta progresso (T-DIF)

Categorias do cliente

Classe 1: Obediente (C-OBE)

Descrição: A classe obediente se refere a um padrão de comportamento exclusivo do cliente, no qual ele demonstra estar no momento ou ter estado anteriormente sob forte controle de seus próprios pensamentos (i.e. estado de fusão cognitiva). O controle verbal pode ser inferido a partir de dicas no próprio discurso do cliente a partir da identificação de frases como responsabilização, preocupação, fatalismo, ruminação e generalização. Porém, o cliente não reconhece explicitamente os pensamentos enquanto tais e descreve o seu conteúdo, somente reage ao ambiente a partir do controle verbal.

Marcadores de discurso comuns:

Responsabilização: auto-instruções de obrigações e deveres (e.g., “devo”, “preciso”, “tenho que”, “não posso”).

Preocupação: descrições sobre possíveis eventos futuros, geralmente de conteúdo negativo e, por vezes, associado a dúvidas sobre a capacidade do indivíduo em evitar tais eventos.

Fatalismo: descrições sobre eventos futuros certos, geralmente de conteúdo negativo e, por vezes, associado à uma incapacidade de evitar tais eventos.

Ruminação: descrições e análises repetitivas ou confusas de cenários passados, geralmente de conteúdo negativo e, por vezes, associado a autojulgamentos depreciativos.

Generalizações absolutas a respeito da prevalência (e.g., “todos”, “ninguém”) e frequência (e.g., “sempre”, “nunca”) de eventos.

Generalizações absolutas e rígidas a respeito de si (e.g., “eu sou”, “eu não sou”), por vezes associado a comparações com outras pessoas.

Exemplos:

- (1) Eu preciso resolver isso, se não ninguém vai fazer nada.
- (2) Se eu não conseguir entregar esse trabalho, meu chefe vai ficar bravo, eu vou ser demitido, não terei como me sustentar e terei que voltar a morar com meus pais.
- (3) Vai dar tudo errado!
- (4) Ninguém gosta de mim.
- (5) Eu sou um idiota mesmo.

Contraexemplos:

- (1) Eu quero resolver isso [Cliente descreve vontade, não responsabilidade; não categorizar].
- (2) Eu não ajudei no trabalho e não ficou bom [Cliente simplesmente relata evento; não categorizar].
- (3) Eu estou pensando que vai dar tudo errado [Cliente identifica a frase enquanto um pensamento e descreve seu conteúdo; categorizar como C-EXP].
- (4) Eu tive uma atitude idiota [Cliente julga ação, mas não estabelece generalização a respeito de si; não categorizar].
- (5) Eu acho que fiz isso porque estava inseguro [Cliente analisa ação passada de forma clara e sucinta, mas não rumina; não categorizar].

Classe 2: Exploratória (C-EXP)

Descrição: A classe exploratória se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente demonstra interesse e curiosidade pelos seus pensamentos e se engaja a fim de explorar e conhecer mais profundamente essa esfera da experiência psicológica por meio de respostas de observação e descrição dos pensamentos. Estas respostas podem se referir tanto a um pensamento específico quanto ao fluxo de pensamentos (e.g., cadeia de preocupação), tanto a pensamentos atuais quanto passados. Tentativas do cliente de descrever seus pensamentos, ainda que sem sucesso em função de falta de déficit de autoconhecimento também são incluídas nesta categoria.

Marcadores de discurso comuns:

Descrições de conteúdos de pensamento e reconhecimento explícito de que estes são pensamentos. O reconhecimento pode ocorrer de modo direto (e.g., “Eu pensei”) ou por meio de analogias e metáforas, desde que o contexto indique que ele está descrevendo pensamentos e não sentimentos ou vontades (e.g., “passou pela minha cabeça”, “achei”, “senti”).

Concordâncias com paráfrases, resumos ou inferências do terapeuta a respeito dos pensamentos do cliente (cf. T-EXP).

Exemplos:

(1) Eu estou pensando sobre o que tinha acontecido naquele momento.

(2) Eu achei que tinha que fugir dali o mais rápido possível.

(3) Senti que eu era pior, inferior a todo mundo que estava lá.

(4) Terapeuta: O que você pensou?

Cliente: Que tudo vai dar errado.

(5) Terapeuta: Então você pensou que as coisas iam dar errado?

Cliente: Sim, isso mesmo.

(6) Terapeuta: O que você pensou?

Cliente: Não sei ao certo, é difícil dizer, mas eu estava bem triste.

Contraexemplos:

(1) Eu tinha que fugir dali o mais rápido possível [Cliente não reconhece explicitamente o pensamento, apenas demonstra forte controle verbal; categorizar como C-OBE].

(2) Eu tive um pensamento idiota, de que tinha que fugir dali [Cliente descreve o pensamento, mas também o julga; categorizar como C-AVA].

(3) Me senti muito nervoso, ansioso [Cliente utiliza o verbo “sentir” no sentido literal; não categorizar].

(4) Eu sou preocupado [Cliente faz uma generalização absoluta acerca de si e não reconhece explicitamente a existência de um pensamento específico; categorizar como C-OBE].

(5) Terapeuta: E o que aconteceu?

Cliente: Tudo deu errado [Frase do terapeuta não solicita pensamento, de modo que frase do cliente não é uma instância de descrição do pensar, somente uma frase sob forte controle verbal; categorizar como C-OBE].

(6) Terapeuta: O que você pensou?

Cliente: Sei lá. [Cliente não demonstra esforço em explorar seus pensamentos, se opondo ao pedido do terapeuta; classificar como C-DIF].

Classe 3: Controladora (C-CONT)

Descrição: A classe controladora se refere a um padrão de comportamento de esquiva experiencial, no qual o cliente altera a magnitude, a forma e/ou o contato dele com seus pensamentos por meio de respostas de controle e evitação. Apesar do cliente poder controlar seus pensamentos privadamente (e.g., suprimir), ele pode fazê-lo de modo aberto, rispidamente mudando o assunto ou rindo diante de pensamentos desconfortáveis; expressando vontade de não ter determinados pensamentos; ou descrevendo ter tentado (com ou sem sucesso) controlar pensamentos ou não pensar sobre determinado assunto. As respostas de mudança de assunto e risadas devem ser drásticas, nitidamente discrepantes da dinâmica da interação ou tema abordado.

Marcadores de discurso comuns:

Mudanças drásticas na dinâmica da interação por meio da mudança de assunto diante de temas desconfortáveis.

Risadas diante de temas desconfortáveis, emocionalmente incongruente com o conteúdo expresso.

Expressão de vontade e descrição de tentativas de controlar pensamentos.

Exemplos:

Terapeuta: O que você achou da atitude dela?

- (1) Cliente: Ah, sei lá...no final das contas, a festa foi bem divertida.
- (2) Cliente: (risos) Só sendo masoquista para gostar, né?
- (3) Cliente: Não gosto de pensar sobre isso.
- (4) Cliente: Honestamente, não gostei. Mas tentei não pensar nisso, afinal ela tinha seus motivos, né?

Contraexemplos:

Terapeuta: O que você achou da atitude dela?

- (1) Cliente: Honestamente, não gostei. Mas apesar disso, a festa foi bem divertida [A mudança de assunto não ocorre de maneira nitidamente drástica; categorizar como C-EXP].
- (2) Cliente: Honestamente, não gostei. Mas acho que tenho que relevar essas coisas, ela deve ter os motivos dela [Cliente minimiza seu pensamento, mas não indica tentativa de controle; categorizar como C-AVA].

- (3) Cliente: É difícil pensar sobre isso, porque gosto dela, mas achei a atitude muito egoísta [Cliente relata aversividade do pensamento, mas não foge dele ou afirma vontade de fugir dele; categorizar como C-MET].

Classe 4: Metacognitiva (C-MET)

Descrição: A classe metacognitiva se refere a um padrão de comportamento do cliente no qual ele identifica regularidades no seu processo de pensar. Nesse sentido, ele pode descrever repetições no conteúdo dos pensamentos ao longo do tempo; repetições de sequências de pensamentos comuns; a velocidade do fluxo de pensamento; o caráter novo ou antigo desse tipo de pensamento; a aversividade de certos temas (sem tentativas de controle); e sua correspondência com o que de fato acontece ou aconteceu.

Marcadores de discurso comuns:

Descrição de pensamentos em termos de categorias temáticas ou funcionais.

Caracterização do ato de pensar, usualmente por meio de advérbios (e.g., “rapidamente”, “confuso”).

Comparações entre pensamento e a “realidade”.

Exemplos:

- (1) Nessa hora eu comecei a me preocupar, ter esses pensamentos de que as coisas não vão dar certo.
- (2) Minha cabeça começou a acelerar, eu nem conseguia mais pensar direito.
- (3) E é estranho, porque eu sei que na verdade eu não vou ser demitido se não fizer a melhor campanha de todos os tempos, mas é isso que penso na hora.
- (4) Eu tenho esse tipo de pensamento de que as coisas não vão dar certo faz muito tempo.
- (5) É difícil pensar sobre essas coisas.

Contraexemplos:

- (1) Nessa hora eu tive um pensamento de que não ia dar certo [Cliente descreve pensamento, mas não o categoriza; categorizar como C-EXP].
- (2) E é estranho, porque eu sei que na verdade eu não vou ser demitido se não fizer a melhor campanha de todos os tempos, mas é isso que penso na hora. É um pensamento idiota de ter e eu não deveria pensar assim [Cliente compara pensamento com realidade, mas também o julga; categorizar como C-AVA].

- (3) Eu tenho esse tipo de pensamento de que as coisas não vão dar certo faz muito tempo, eles começaram quando eu entrei na faculdade [Cliente descreve história do pensamento e estabelece relação causal; categorizar como C-ANA].
- (4) É difícil pensar sobre essas coisas, eu queria ser mais positivo [Cliente descreve dificuldade em ter certos pensamentos, mas também expressa vontade de pensar diferente; categorizar como C-CONT].

Classe 5: Avaliativa (C-AVA)

Descrição: A classe avaliativa se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente julga um pensamento seu como sendo positivo ou negativo por quaisquer critérios. Isto pode ser feito de forma direta, categorizando o pensamento como algo bom ou ruim; ou indiretamente, ao minimizar a importância de um pensamento específico, colocando-o como desimportante ou inválido ou expressar que não deveria pensar assim, mas deveria pensar de outra forma. A simples menção da aversividade de certos pensamentos não é suficiente para incluir nessa categoria. Caso o cliente avalie o pensamento, mas também indique vontade ou tentativa de controlá-lo, categorizar como C-CONT. Julgamentos a respeito de outros comportamentos do cliente que não seus pensamentos não devem ser incluídos nesta categoria.

Marcadores de discurso comuns:

Julgamento de pensamento como negativo (e.g., “horrrível”, “ruim”, “absurdo”) ou positivo (e.g., “ótimo”, “bom”, “maravilhoso”).

Minimização de pensamento como um evento sem importância ou inválido.

Obrigações a respeito de como deveria ou não deveria pensar.

Exemplos:

- (1) É horrível quando começo a pensar nisso!
- (2) Eu achei que não ia conseguir, mas é muito idiota, porque eu já consegui fazer isso várias vezes.
- (3) Eu tenho que pensar mais assim, pensar positivo. Só assim que eu vou conseguir melhorar.
- (4) Eu não deveria pensar isso dela, afinal ela sempre me tratou muito bem.
- (5) Eu não gostei muito do que ela falou, mas ela tem os seus motivos para ficar brava, então não importa muito.

Contraexemplos:

- (1) Eu me fecho quando começo a pensar nisso [Cliente não avalia o pensamento, apenas descreve seu efeito; categorizar como C-ANA].

- (2) É difícil sentir essa responsabilidade toda [Cliente não avalia pensamento, apenas descreve aversividade da contingência; categorizar como C-MET].
- (3) Foi muito idiota o que eu fiz [Cliente avalia seu comportamento, mas não seu pensamento; não categorizar].
- (4) Eu não deveria pensar isso, fico tentando suprimir, esquecer [Cliente avalia pensamento, mas também indica tentativa de controle; categorizar como C-CONT].

Classe 6: Analítica (C-ANA)

Descrição: A classe analítica se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente realiza análises de causa e efeito a respeito dos seus pensamentos. Estas análises podem ser funcionais, identificando como os seus pensamentos estão inseridos em relações funcionais com eventos ambientais e demais respostas, incluindo relações entre uma instância ou uma classe de pensamentos e outras respostas, contingências históricas, situações antecedentes e consequentes. Porém, a classe analítica também inclui análises causais insatisfatórias ou incongruentes com princípios comportamentais. A mera descrição de regularidades e padrões no pensar não é suficiente para incluir nesta categoria, é necessário que haja tentativas de explicações deste padrão, ainda que isso somente inclua as situações antecedentes que evocam esse pensamento. Análises a respeito de outros comportamentos do cliente que não seus pensamentos não devem ser incluídos nesta categoria. Esta categoria também engloba análises a respeito da efetividade que o cliente utilizou para reagir aos seus pensamentos, sejam intencionais ou não.

Marcadores de discurso comuns:

Relações de causa e efeito entre pensamentos e outros eventos (e.g., “antes”, “depois”, “então”, “porque”, “por causa”).

Exemplos:

- (1) Eu entrei na festa e, logo depois, comecei a pensar que todo mundo estava olhando para mim.
- (2) Então eu acabei desistindo, porque achei que não ia dar certo.
- (3) Eu me preocupo com o futuro desde que eu comecei a trabalhar.
- (4) Eu pensei que não ia conseguir porque eu tenho essa baixa autoestima.
- (5) Estava muito preocupado em casa, então decidi chamar minha amiga e falar com ela. Ajudou a tirar minha cabeça daquilo.

Contraexemplos:

- (1) Eu sempre penso que as coisas não vão dar certo [Cliente descreve regularidade do pensar, mas não estabelece relações causais; categorizar como C-MET].
- (2) Eu pensei que não ia conseguir porque eu tenho essa baixa autoestima. Mas que coisa idiota de pensar [Cliente analisa, mas também julga o pensamento; categorizar como C-AVA].
- (3) Eu sempre acabo procrastinando quando eu tenho algo chato para fazer [Cliente estabelece relação de causalidade, mas não envolve pensamento; não categorizar].
- (4) Estava muito preocupado em casa, então decidi chamar minha amiga e falar com ela. [Cliente não analisa efetividade da ação; categorizar como C-EXP].

Classe 7: Validante (C-VAL)

Descrição: A classe validante se refere a um padrão de comportamento no qual o o cliente demonstra compreensão, acolhimento e compaixão em relação aos seus pensamentos, identificando-os como instâncias normais de experiências psicológicas. A normalização pode ser feita de forma genérica ou de modo mais específica ao relacioná-la à situação atual no qual ele está inserido, a sua história de vida e/ou o funcionamento psicológico humano em geral. A mera menção da situação antecedente, consequente ou histórica ao pensamento do não é suficiente para incluir nessa categoria, é necessário que tal situação seja introduzida para normalizá-lo.

Marcadores de discurso comuns:

Normalizações de pensamentos (e.g., “normal”, “compreensível”, “faz sentido”).

Exemplos:

- (1) Quando eu olho para tudo o que passei com meus pais, o *bullying* no colégio e tudo mais, é compreensível que eu pense que que o mundo é perigoso.
- (2) Acho que é normal ter esses tipos de pensamentos, muitas pessoas os tem, não?
- (3) Sim, faz sentido eu sempre me comparar com todo mundo para ver se não vou ser julgado por estar abaixo.

Contraexemplos:

- (1) Quando eu olho para tudo o que passei com meus pais, o *bullying* no colégio e tudo mais, é compreensível que eu fique evitando outras pessoas e me sinta ansioso perto delas [Cliente normaliza ação e sentimento, mas não pensamento; não categorizar].
- (2) Eu entendo que esses pensamentos não vêm do nada e sim de tudo que eu passei. Mas ainda é idiota, não faz sentido ficar pensando que todo mundo quer me

machucar [Cliente aparenta normalizar, mas na verdade julga os seus pensamentos; categorizar como C-AVA].

- (3) Acho que esses pensamentos são fruto de toda uma vida no qual todo mundo me colocava para baixo [Cliente analisa pensamentos, mas não normaliza; categorizar como C-ANA].

Classe 8: Concreta (C-CONC)

Descrição: A classe concreta se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente altera a forma como um pensamento é descrito, salientando as características físicas deste e/ou descrevendo tais características. De um lado, isso pode ser feito por meio de brincadeiras que salientam as propriedades já existentes (sons, movimentos do aparelho vocal, formato da palavra). Do outro, o pensamento pode ser objetificado, ao ser identificado com um objeto conhecido (e.g., folha, cartaz) ou não (e.g., figura geométrica abstrata) e ser descrito de acordo com suas propriedades físicas constituintes (e.g., tamanho, formato, cor, peso, textura).

Marcadores de discurso comuns:

Descrição de pensamento de modo lúdico (e.g., cantando, repetindo, falando mais devagar).

Descrição de pensamento em termos de um objeto concreto ou suas propriedades físicas (e.g., tamanho, formato, cor, textura).

Exemplos:

- (1) (cantando) Eu sou um idiota, eu sou um idiota, eu sou um idiota.
(2) Eu descreveria o pensamento de responsabilidade como uma bigorna, bem pesada, em cima do meu peito.

Contraexemplos:

- (1) Eu sou um idiota (risos) [Cliente usa humor com função de esquiva experiencial; categorizar como C-CONT].
(2) O pensamento de responsabilidade é muito pesado, fica difícil de respirar [Cliente analisa efeitos do pensamento, mas não objetifica; categorizar como C-ANA].

Classe 9: Dialógica (C-DIA)

Descrição: A classe dialógica se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente faz uma clara distinção entre si mesmo, responsável por pensar, e seus pensamentos enquanto experiências psicológicas produzidas por si. Isto pode ocorrer por meio de pequenas variações no discurso (e.g., “Eu tive um pensamento” em contraponto à “Eu pensei”) ou dar um nome ao

indivíduo que pensa figurativamente (e.g., “mente”, “narrador”). Por sua vez, salientar o “pensador” permite que se estabeleça um diálogo com ele a respeito da narrativa elaborada pelos pensamentos e suas características, como complexidade, função, coerência e/ou criatividade. Este diálogo, também incluído nesta categoria, pode ser marcado pela estima (e.g., agradecer, respeitar, valorizar ou reconhecer) ou pelo humor (e.g., ridicularizar, ironizar).

Marcadores de discurso comuns:

Distinção entre o indivíduo que pensa e seus pensamentos por meio de relações de distinção (i.e. sou diferente dos meus pensamentos) ou inclusão (i.e. eu tenho pensamentos).

Nomear pensador de forma figurativa

Estimar características do pensar

Humorizar características do pensar

Exemplos:

- (1) Minha mente fica tendo esses pensamentos o tempo todo.
- (2) Eu sei que minha mente só está tentando me proteger pensando em todas as coisas ruins que podem acontecer.
- (3) Minha mente se superou novamente, criou mais uns cenários muito inusitados sobre porque eu sou uma pessoa ruim.

Contraexemplos:

- (1) Esse pessimismo todo ainda vai me matar (risos) [Cliente usa humor com função de controle; categorizar como C-CONT].
- (2) De novo eu pensei nesses mil cenários sobre porque eu sou uma pessoa ruim [Cliente não distingue pensador de pensamento, somente descreve pensamentos; categorizar como C-EXP].

Classe 10: Disruptiva (C-DRU)

Descrição: A classe disruptiva se refere a um padrão de comportamento no qual o cliente age em sessão, relata ter agido ou se compromete a agir de modo incongruente com o conteúdo de um pensamento. Nesse sentido, a classe disruptiva se opõe à obediente. Ocasionalmente, esta ação pode ser relacionada aos seus objetivos ou valores.

Marcadores de discurso comuns:

Descrição de incongruência entre conteúdo de pensamento e ação.

Ação em sessão incongruente com conteúdo de pensamento.

Compromisso de agir de modo incongruente com conteúdo de pensamento.

Exemplos:

- (1) Eu pensei que não ia conseguir falar para ele o que sentia, mas eu fui lá e falei mesmo assim.
- (2) Eu fico pensando que é idiota falar como me sinto aqui, que não vai mudar nada, mas eu estou muito angustiado, me sentindo muito pressionado o tempo todo.
- (3) Na próxima vez que eu ver ele, vou falar como me sinto, mesmo que venha esse pensamento de que eu não deveria.

Contraexemplos:

- (1) Eu pensei que não ia conseguir falar para ele o que sentia e fiquei quieto [Cliente descreve ação congruente com pensamento; categorizar como C-OBE].
- (2) Na próxima vez que eu ver ele, vou falar como me sinto. É importante para mim que ele saiba [Cliente descreve compromisso de ação, mas não apresenta isso como incongruente com pensamentos; não categorizar].

Classe 11: Facilita progresso (C-FAC)

Descrição: A classe de facilitar progresso se refere a um padrão de comportamento do cliente no qual ele consequencia a fala do terapeuta de modo a encorajá-lo e continuar a dinâmica em vigor ao demonstrar compreensão dela ou clarificar algum evento relevante não relativo aos pensamentos do cliente. As falas desta classe não são direcionadas aos pensamentos do cliente, mas sim à fala do terapeuta, de modo que concordâncias a respeito de resumos, paráfrases, análises ou validações do terapeuta devem ser categorizadas nas respectivas categorias e não como C-FAC.

Marcadores de discurso comuns:

Facilitação (e.g., aham, sim, ok, tá).

Compreensão da fala do terapeuta (e.g., sim, entendi).

Clarificações de temas não relacionados aos pensamentos do cliente.

Exemplos:

- (1) Cliente: Aham, aham.
- (2) Cliente: Entendi o que você quis dizer.
- (3) Terapeuta: Então parece que esse pensamento surgiu quando você estava entrando na festa. Qual festa que era?
Cliente: Aniversário de um amigo meu.

Contraexemplos:

- (1) Cliente: Aham, aham. Isso que passou pela minha cabeça mesmo, eu queria sair dali [Cliente facilita fala do terapeuta, porém expande para descrição dos pensamentos; categorizar como C-EXP].
- (2) Cliente: Entendi o que você quis dizer. Concordo, acho que essa análise faz sentido [Cliente demonstra compreensão, mas também concorda com análise do terapeuta; categorizar como C-ANA].
- (3) Terapeuta: Então parece que esse pensamento surgiu quando você estava entrando na festa. Quais eram as palavras que apareceram na sua mente?
Cliente: Sim. Era algo do tipo, “por quê você está aqui?” [Cliente clarifica tema relacionado a pensamento; categorizar como C-EXP].

Classe 12: Dificulta progresso (C-DIF)

Descrição: A classe de dificultar progresso se refere a um padrão de comportamento do cliente no qual ele consequencia a fala do terapeuta de modo a interromper ou impedir a dinâmica em vigor ao demonstrar incompreensão ou desaprovação de algo que o terapeuta disse não relacionado aos pensamentos do cliente. As falas desta classe não são direcionadas aos pensamentos do cliente, mas sim à fala do terapeuta, de modo que disconcordâncias a respeito de resumos, paráfrases, análises ou validações do terapeuta devem ser categorizadas nas respectivas categorias e não como C-DIF.

Marcadores de discurso comuns:

Desaprovação e oposição da postura ou fala do terapeuta a respeito de eventos não relacionados ao pensamento do cliente (e.g., não concordo, não, achei sem sentido) .

Incompreensão (e.g., não entendi, estou confuso).

Exemplos:

- (1) Não gostei muito do seu tom de voz.
- (2) Não foi bem assim, eu estava cansado.
- (3) Não entendi.

Contraexemplos:

- (1) Cliente: Esse pensamento não faz muito sentido [Cliente desaprova pensamento, não fala do terapeuta; categorizar como C-AVA].
- (2) Cliente: Não foi bem assim, eu pensei que eu queria dar a opinião, mas tinha medo do que iam achar [Cliente corrige terapeuta, mas a respeito de descrição dos pensamentos; categorizar como C-EXP]
- (3) Terapeuta: O que você pensou naquele momento?

Cliente: Hmm, não consigo dizer ao certo. Foi tudo tão rápido [Cliente tenta descrever pensamento, mas não o consegue em função de déficit de auto-observação, não incompreensão ou oposição; categorizar como C-EXP].

Categorias do terapeuta

No SICARECC, as categorias do terapeuta são 11 categorias com correspondências no conjunto de 12 categorias do cliente detalhadas acima. A única exceção é a categoria obediente, que não possui um contraponto nas falas do terapeuta. Neste sentido, temos as categorias exploratória (T-EXP), controladora (T-CONT), metacognitiva (T-MET), avaliativa (T-AVA), analítica (C-ANA), validante, (C-VAL), concreta (T-CONC), dialógica (T-DIA), disruptiva (T-DRU), facilita progresso (T-FAC) e dificulta progresso (T-DIF). Por causa disto, as categorias do terapeuta não serão apresentadas de forma extensa como foram as categorias do cliente de modo a facilitar a compreensão e o uso deste manual. Na sequência, apenas serão assinaladas algumas diferenças cruciais que o categorizador deve se atentar e que divergem de suas contrapartes referentes às falas do cliente.

A primeira grande diferença se refere às categorias relativas às respostas ao pensar do cliente, portanto, T-EXP, T-CONT, T-MET, T-AVA, T-ANA, T-VAL, T-CONC, T-DIA e T-DRU. Enquanto as categorias do cliente englobam respostas específicas dele aos seus próprios pensamentos (e.g., explorar, analisar, validar), nas categorias do terapeuta são incluídas tanto as instâncias em que o terapeuta emite tal resposta quanto as instâncias na qual ele tenta evocar tais respostas do cliente. Isto significa que, na classe analítica (T-ANA), por exemplo, são inseridas falas em que o terapeuta analisa diretamente o pensar do cliente quanto aquelas no qual ele solicita diretamente, salienta a importância ou favorece que o cliente analise o seu próprio pensar. A evocação não precisa ser necessariamente efetiva naquele momento para ser incluída.

A segunda grande diferença se refere à ausência de uma categoria correspondente à C-OBE na fala do terapeuta uma vez que suas respostas não podem estar sob o controle dos pensamentos do cliente, que são eventos privados e, por definição, diretamente inacessíveis, somente das expressões a respeito destes eventos e outras respostas abertas do cliente. É esperado que ocasionalmente o terapeuta reaja a essas verbalizações com falas exploratórias, investigando o controle verbal sobre o comportamento do cliente com perguntas, resumos, paráfrases e inferências sobre o conteúdo do pensamento não explicitado. Neste caso, categorizar como T-EXP porque, apesar do cliente não identificar o pensamento enquanto tal,

esta é a ação que o terapeuta está tomando na sequência. Caso o terapeuta mude de assunto ou apenas emita pequenas respostas de compreensão ou facilitação, categorizar como T-FAC.

ANEXO H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES (ESTUDO IV)

Prezado participante,

Somos pesquisadores do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estudamos a relação das pessoas com seus próprios pensamentos.

E o convidamos a participar de um projeto de pesquisa de doutorado que será conduzido por mim, Daniel Afonso Assaz, sob orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, sob o número do processo (59240316.4.0000.5561). O CEPH-IPUSP é credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e fica localizado na Av. Professor Mello Moraes, nº. 1.721 - Bloco G - Sala 27- Cidade Universitária - São Paulo/SP.

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

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa

O principal objetivo da pesquisa será o de investigar como estabelecer novas formas de interagir com seus próprios pensamentos que produzam melhora clínica. Para isso, será realizado um atendimento psicoterapêutico, com sessões semanais de 50 minutos. Estas sessões serão conduzidas de acordo com os princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso, uma modalidade de psicoterapia comportamental com evidências de eficácia para diversos problemas psicológicos, incluindo ansiedade.

Nossas sessões terão o áudio gravado, mas a interrupção da gravação poderá ser solicitada a qualquer momento por você. É importante ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação no procedimento.

Durante a pesquisa suas tarefas serão: comparecer semanalmente às sessões e preencher os questionários no início de cada sessão.

Riscos possíveis e benefícios esperados

De acordo com o objetivo da pesquisa, espera-se que o processo terapêutico promova modos alternativos de interagir com os próprios pensamentos, ajudando-o a lidar com aqueles pensamentos tidos como difíceis.

Porém, como outros processos psicoterapêuticos, existem possíveis riscos do tratamento, uma vez que temas pessoais e emocionalmente carregados serão abordados e trabalhados. Em função disso, terapeuta e orientadoras estarão atentos às suas reações e oferecerão qualquer tipo de ajuda necessária, mesmo que ela seja contrária aos objetivos da pesquisa. Quaisquer eventuais danos que possam ocorrer-lhe durante sua participação na pesquisa são passíveis de indenização.

Métodos alternativos existentes

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

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento

Durante toda a pesquisa, terapeuta e orientadoras estarão atentos às suas reações frente aos procedimentos psicoterapêuticos propostos e estarão dispostos a discutir qualquer deles com você. Caso seja observado qualquer prejuízo para você, o procedimento será imediatamente suspenso e revisto. O terapeuta e as orientadoras estarão à disposição durante toda a pesquisa para quaisquer assistências e esclarecimentos adicionais. Ademais, garante-se que eventuais despesas decorrentes de sua participação na pesquisa serão ressarcidas.

Recusa de participação e retirada de consentimento

A escolha de participar ou não da pesquisa é sua, podendo recusar sua participação após ler o termo. E, mesmo que você concorde em participar, caso sinta qualquer desconforto você poderá, a qualquer momento, suspendê-la sem penalização nenhuma ou prejuízo ao seu cuidado. É importante que você comunique seu terapeuta sobre a desistência, caso ela ocorra. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Ademais, caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas.

Garantia de sigilo e privacidade

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

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

Atenciosamente,

Daniel Afonso Assaz

Pesquisador responsável do Departamento de Psicologia Clínica

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

São Paulo, de de 20.....

Assinatura do participante: _____

ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO AFERIDOR DE CONCORDÂNCIA (ESTUDO IV)

Prezado aferidor de concordância,

O presente trabalho intitulado “Análise da Interação Terapeuta-Cliente em Sessões que Promovem Desfusão Cognitiva” é uma pesquisa de doutorado do psicólogo Daniel Afonso Assaz sob a orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do participante e do material utilizado:

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

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

____/____/____

Data

Assinatura do Aferidor

Assinatura do Pesquisador

ANEXO J – QUESTIONÁRIO DE FUSÃO COGNITIVA (VERSÃO BRASILEIRA)

CFQ-7

(Versão original: Gillanders, et al., 2014)

(Validação brasileira: Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Oliveira, 2017)

Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo “levar” pelos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu analiso tanto as situações, que chega ao ponto em que esta análise passa a não ser mais útil para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu vivo “lutando” com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fico chateado comigo mesmo por pensar certas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tenho uma tendência a ficar muito envolvido/“ligado” aos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mesmo sabendo que seria mais útil <u>não</u> me prender a pensamentos que me deixam chateado, fazer isso é uma “luta” para mim.	1	2	3	4	5	6	7

Reimpresso de: “Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression.”, por P. Lucena-Santos, S. Carvalho, J. Pinto-Gouveia, D. Gillanders, & M.S. Oliveira, 2017, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313903849_Brazilian_version_of_the_Cognitive_Fusion_Questionnaire_-_Versao_brasileira_do_Questionario_de_Fusao_Cognitiva

ANEXO K – QUESTIONÁRIO DE VALORAÇÃO (VERSÃO TRADUZIDA)

Questionário de valoração (VQ)

Nome: _____

Data: _____

Por favor, leia cada afirmação com cuidado e então circule o número que melhor descreve o quanto a afirmação foi verdadeira para você DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE.

	0	1	2	3	4	5	6	
	Nem um pouco verdade						Completamente verdade	
1) Eu passei muito tempo pensando sobre o passado ou o futuro ao invés de me engajar em atividades que eram importantes para mim.	0	1	2	3	4	5	6	
2) Eu estava basicamente no “piloto-automático” na maior parte do tempo.	0	1	2	3	4	5	6	
3) Eu me esforcei na direção dos meus objetivos, mesmo quando eu não me senti motivado.	0	1	2	3	4	5	6	
4) Eu me senti orgulhoso de como vivi minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	
5) Eu fiz progresso nas áreas da minha vida que são mais importantes para mim.	0	1	2	3	4	5	6	
6) Pensamentos, sentimentos e memórias difíceis ficaram no caminho do que eu realmente queria fazer.	0	1	2	3	4	5	6	
7) Eu continuei a melhorar em ser o tipo de pessoa que quero ser.	0	1	2	3	4	5	6	
8) Quando as coisas não aconteceram conforme havia planejado, eu desisti facilmente.	0	1	2	3	4	5	6	
9) Eu senti que tinha um propósito na vida.	0	1	2	3	4	5	6	
10) Pareceu que eu estava “me deixando levar pela maré” ao invés de focar no que era importante para mim.	0	1	2	3	4	5	6	

Progresso: _____

Obstrução: _____

Adaptado de: Development of the valuing questionnaire (VQ), por M. Smout, M. Davies, N. Burns & A. Christie, 2014, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), p. 171.

ANEXO L – QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA 7 (VERSÃO BRASILEIRA)

GAD-7

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? <i>(Marque sua resposta com "✓")</i>	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)

Reimpresso de: GAD-7, por Pfizer Inc., 2005. Disponível em: <http://www.phqscreeners.com/>

ANEXO M – ENTREVISTA DE MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA (VERSÃO TRADUZIDA)

1. *Experiência geral da terapia.* Como a terapia tem sido para você (até agora)? Como você se sentiu estando em terapia?
2. *Mudanças.* Como você está agora? Que *mudanças*, se alguma, você observou em você desde que a terapia começou?
3. *Atribuições.* Em geral, ao que você *atribui* essas mudanças? Em outras palavras, o que você pensa que podem ter sido responsáveis por ela? (Tanto dentro quanto fora da terapia).
4. *Aspectos benéficos.* Quais foram os aspectos mais *benéficos* em sua terapia até agora? (Aspectos gerais, eventos específicos). O que tornou esses aspectos benéficos para você?
5. *Aspectos prejudiciais.* Quais aspectos da terapia foram *prejudiciais*, inúteis, negativos ou decepcionantes para você?
6. *Aspectos difíceis, mas aceitáveis.* Quais aspectos da terapia foram *difíceis ou dolorosos*, mas ainda assim aceitáveis ou benéficos?
7. *Aspectos ausentes.* Teve algum aspecto *ausente* no seu tratamento?
8. *Aspectos de pesquisa.* Como foi para você estar envolvido nesta *pesquisa*?
9. *Sugestões.* Você tem alguma *sugestão* para nós, relacionado à pesquisa ou à terapia?

Traduzido de: Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69-111.