

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRÍCIA HOBOLD MEURER

**EFEITO DA APRESENTAÇÃO DE *FEEDBACK* NO
COMPORTAMENTO DO TERAPEUTA DE EVOCAR E RESPONDER
AOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES**

Curitiba

2011

PATRÍCIA HOBOLD MEURER

**EFEITO DA APRESENTAÇÃO DE *FEEDBACK* NO
COMPORTAMENTO DO TERAPEUTA DE EVOCAR E RESPONDER
AOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES**

Dissertação apresentada em cumprimento do requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jocelaine Martins da Silveira.

Curitiba

2011



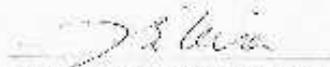
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

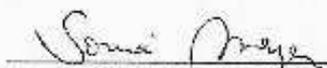


PATRICIA HOBOLD MEURER

**"EFEITO DA APRESENTAÇÃO DE FEEDBACK NO COMPORTAMENTO DO TERAPEUTA DE EVOCAR E
RESPONDER AOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES"**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do
Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado
em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR – Universidade
Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora
abaixo assinada.


Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná
Professora Orientadora


Prof.^a Dr.^a Sônia Beatriz Meyer
Universidade de São Paulo
Professora Titular


Prof.^a Dr.^a Andréia Schmidt
Universidade de São Paulo
Professora Titular

Curitiba, 20 de abril de 2011.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Jocelaine Martins da Silveira, que compartilhou comigo sua experiência em pesquisa, seu conhecimento e me acolheu nessa etapa com muito carinho e amizade.

Ao meu noivo Ricardo pelo companheirismo de todo dia, pelo incentivo para fazer o mestrado, pelo suporte e paciência nas horas difíceis, pela ajuda, pela compreensão da ausência e pelo carinho de todos os dias.

Aos meus pais José e Inês e minha irmã Leticia, pela alegria com que abraçaram essa fase de minha vida, por me apoiarem, por compreenderem a ausência e o estresse e pelo amor que nos une como família.

À minha colega e companheira de mestrado, Sulliane Teixeira Freitas, por dividir comigo as alegrias, angústias, dificuldades, trabalhos e conquistas dos últimos dois anos.

As terapeutas e clientes que aceitaram participar dessa pesquisa, que não tiveram receio de se expor à filmagem das sessões e à audiência e categorização das colaboradoras e pela dedicação com que desempenharam suas fundamentais participações nessa pesquisa.

As colaboradoras desse estudo, por aceitarem participar e por terem realizado suas colaborações com tanto cuidado e dedicação.

As minhas amigas Luciana, Mariana, Maria Rosa, Mônica, Nayara, Carol, Nina, Sheila, Fátima e Paula, que estiveram sempre presentes em minha vida, principalmente nos últimos anos, dividindo as alegrias e dificuldades.

Agradeço a Deus pela vida e força que me concede todos os dias.

Meurer, P. H. (2011). *Efeito da apresentação de feedback no comportamento do terapeuta de evocar e responder aos comportamentos clinicamente relevantes*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

A relação terapêutica tem sido tema de diversos estudos, seja na perspectiva da análise do comportamento, seja em outras abordagens. No entanto, alguns autores notam que sua relevância para a análise do comportamento foi, por muito tempo, considerada subsidiária ao processo de mudança clínica, o qual seria determinado por outras intervenções, como a extinção ou o treinamento, por exemplo. Entre os obstáculos para o estudo da relação terapêutica e a valorização de seu impacto sobre a mudança clínica estão a dificuldade para sua especificação e a não utilização dos processos de aprendizagem. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) tem sido considerada uma abordagem teórica e prática sistematizada para a análise da relação terapêutica. De acordo com a FAP, a relação terapêutica é fundamental para produzir mudanças no cliente, sendo que o mecanismo de mudança clínica hipotético da FAP é a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos do cliente. Com o desenvolvimento do instrumento Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS), escala capaz de documentar os comportamentos do terapeuta e do cliente durante o curso de uma terapia usando a FAP (assim como a resposta contingente daquele aos comportamentos deste), tem sido possível aprofundar ainda mais o estudo da relação terapêutica. Além disso, a FAPRS tem sido usada no treino de terapeutas para o emprego da FAP. Assim, o objetivo desta pesquisa foi estudar se uma intervenção sobre o comportamento do terapeuta, durante o curso de um atendimento usando a FAP, a partir de categorizações com a escala FAPRS, influenciaria a evocação de comportamentos clinicamente relevantes e o responder contingente a estes comportamentos. Realizou-se um delineamento de caso único com reversão ABA', com uma díade terapeuta/cliente e, simultaneamente, conduziu-se uma replicação com outra díade terapeuta/cliente. A escala FAPRS foi utilizada tanto na categorização das sessões como na intervenção com as terapeutas participantes da pesquisa. Na análise de dados, foram utilizados cálculos de proporção de respostas, Qui-Quadrado de Pearson e procedimentos de análises sequenciais. Os resultados mostraram que, para as duas terapeutas, a evocação de comportamentos clinicamente relevantes não teve aumento significativo nas fases de intervenção e reversão. Quanto ao responder contingente das terapeutas aos comportamentos clinicamente relevantes de suas clientes, os resultados encontrados, para ambas as terapeutas, foram compatíveis com os resultados esperados: ocorreu um aumento significativo na fase de intervenção e, na fase de reversão, se manteve elevado em comparação à fase de linha de base. Como na fase de intervenção também ocorreram mais comportamentos clinicamente relevantes, esses dados parecem corroborar que o responder contingente do terapeuta aos comportamentos do cliente é o mecanismo de mudança clínica da FAP. Por outro lado, é possível que a intervenção, embora não tenha influenciado a ocorrência de evocação de comportamentos clinicamente relevantes pelas terapeutas, tenha refinado esse comportamento. Quanto à escala FAPRS, esse estudo parece confirmar dados de estudos anteriores, os quais a consideram um importante instrumento para o estudo da relação terapêutica e para o treino de terapeutas no uso da FAP.

Palavras-Chave: Relação Terapêutica, Mecanismo de Mudança, Análise Comportamental Clínica, Psicoterapia Analítica Funcional, Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale.

Meurer, P. H. (2011). *Effect of feedback on therapist's behavior of evoking and responding to clinically relevant behaviors*. Master's dissertation. Federal University of Parana.

ABSTRACT

The therapeutic relationship has been subject of several studies, either from the behavior analysis perspective or in other approaches. However, some authors note that its relevance to behavior analysis was, for a long time, regarded as subsidiary to promote clinical change, which would be determined by other interventions, such as extinction or training, for example. Among the obstacles to study therapeutic relationship and its assessment on clinical change, there are difficulties to its specification and the non-use of learning processes. Functional Analytic Psychotherapy (FAP) has been considered a theoretical and practical approach for systematic analysis of therapeutic relationship. According to FAP, therapeutic relationship is essential to bring about client changes and FAP's hypothesized mechanism of clinical change is the therapist contingent responding to client's behaviors. Along with the development of Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS), scale capable to document therapist and client behaviors over the course of a FAP therapy (as well as the contingent responding), it has been possible to deepen therapeutics' relationship study. In addition, FAPRS has been used to train FAP therapists. Thus, the aim of this research was to study whether an intervention on therapist's behavior, during the course of a treatment using FAP, from FAPRS categorizations, would influence the evoking of clinically relevant behaviors and the contingent responding to these behaviors. It was conducted a single subject ABA' design, with a therapist/client dyad, while, simultaneously, it was conducted a replication with another therapist/client dyad. FAPRS scale was used in both the session coding and in the intervention with therapists who took part of the research. Data analysis included response rate calculations, Pearson's chi-square and sequential analysis procedures. Results showed that, for both therapists, the evocation of clinically relevant behaviors had no significant increase in intervention and reversal phases. As for the therapists contingent responding to their client's clinically relevant behaviors, results for both therapists were consistent with expected results: there was a significant increase in the intervention phase, and in reversal phase, it remained high compared to the baseline phase. Given that, in intervention phase, it has also occurred more clinically relevant behaviors, these data seem to confirm that therapist's contingent responding to client's behavior is the mechanism of clinical change of FAP. Moreover, it is possible that the intervention, although it did not influence the occurrence of clinically relevant behaviors evoked by the therapists, has refined this behavior. Regarding FAPRS scale, this study seems to confirm data from previous studies, which consider it an important tool for the study of the therapeutic relationship and the training of therapists in the use of FAP.

Keywords: Therapeutic Relationship, Mechanism of Change, Clinical Behavior Analysis, Functional Analytic Psychotherapy, Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
A Relação Terapêutica e o Mecanismo de Mudança Clínica	7
A Sistematização da Relação Terapêutica: acesso, evocação e resposta aos comportamentos-alvo.....	8
O Terapeuta como Fonte de Reforço Social.....	12
A Mudança Clínica e o Reforço Diferencial.....	13
O Mapeamento dos Processos de Mudança e o surgimento da FAPRS	15
O Estudo da Relação Terapêutica a partir da FAPRS.....	19
MÉTODO	37
Participantes.....	37
Terapeutas	37
Clientes.....	38
Colaboradoras	40
Instrumentos.....	41
Materiais	42
Local	43
Procedimentos.....	43
Fase Preliminar.....	43
Seleção das Participantes e das Colaboradoras	43
Treinamento das Colaboradoras.....	45
Coleta de dados	47
Análise de dados.....	54
RESULTADOS	57
Resultados da Díade Natália/Taís	57
Resultados da Díade Helena/Débora	68
DISCUSSÃO	80
CONCLUSÃO.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Proporção de respostas da terapeuta Natália entre as fases do estudo.	58
Figura 2. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Natália.....	60
Figura 3. Proporção de ECRB entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.	61
Figura 4. Proporção de ECRB e CRB entre as fases do estudo para a díade Natália/Taís.....	62
Figura 5. Probabilidade Transicional entre ECRB-CRB ao longo das fases do estudo para a díade Natália/Taís.	62
Figura 6. Proporção de TCRB entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.	63
Figura 7. Proporção de CRB e TCRB entre as fases do estudo para a díade Natália/Taís.....	64
Figura 8. Probabilidade Transicional entre CRB e TCRB ao longo das fases do estudo para a díade Natália/Taís.	64
Figura 9. Proporção de M/IN entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.	65
Figura 10. Proporção das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 para a cliente Taís.....	66
Figura 11. Proporção da categoria CRB1 ao longo das fases do estudo para a cliente Taís.	67
Figura 12. Proporção da categoria CRB2 ao longo das fases do estudo para a cliente Taís.	67
Figura 13. Proporção das categorias CRB e O ao longo das fases do estudo para a cliente Taís.	68
Figura 14. Proporção de respostas da terapeuta Helena entre as fases do estudo.	69
Figura 15. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Helena.....	71
Figura 16. Proporção de ECRB entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.....	72
Figura 17. Proporção de ECRB e CRB entre as fases do estudo para a díade Helena/Débora.....	73
Figura 18. Probabilidade Transicional entre ECRB-CRB ao longo das fases do estudo para a díade Helena/Débora.	73
Figura 19. Proporção de TCRB entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.....	74
Figura 20. Proporção de CRB e TCRB entre as fases do estudo para a díade Helena/Débora.....	75
Figura 21. Probabilidade Transicional entre CRB e TCRB ao longo das fases do estudo para a díade Helena/Débora.	75
Figura 22. Proporção de M/IN entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.	76
Figura 23. Proporção das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 para a cliente Débora.....	77
Figura 24. Proporção da categoria CRB1 ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.	78
Figura 25. Proporção da categoria CRB2 ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.	78
Figura 26. Proporção das categorias CRB e O ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das Terapeutas	38
Tabela 2 – Caracterização das Clientes	40
Tabela 3. Proporção de respostas da terapeuta Natália entre as fases do estudo.....	58
Tabela 4. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Natália.....	59
Tabela 5. Proporção de respostas da terapeuta Helena entre as fases do estudo.....	69
Tabela 6. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Helena.....	70

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Termo de consentimento livre e esclarecido (Terapeuta)
Anexo II	Termo de consentimento livre e esclarecido (Cliente)
Anexo III	Termo de compromisso (Colaboradores)
Anexo IV	A escala de categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)
Anexo V	Roteiro para conceituação de caso (Tsai & cols., 2009)
Anexo VI	Planta baixa da sala onde foram realizados os atendimentos
Anexo VII	Conceituação FAP e plano de tratamento (Terapeuta: Natália; Cliente: Taís)
Anexo VIII	Conceituação FAP e plano de tratamento (Terapeuta: Helena; Cliente: Débora)

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Nome completo da sigla
BDI	Beck Depression Inventory
CPR	Progresso positivo do cliente em sessão (Facilitação da conversa)
CRB	Clinically Relevant Behavior (Comportamento Clinicamente Relevante)
CRB1	Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão)
CRB2	Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão)
CRB3	Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição por parte do cliente de importantes variáveis controladoras de seu comportamento)
CTR	Foco do cliente na relação terapêutica
ECRB	Terapeuta evoca um CRB do cliente
FAP	Functional Analytic Psychotherapy (Psicoterapia Analítica Funcional)
FAPRS	Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale
FIAT	Functional Idiographic Assessment Template
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
IN	Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral
INF	Ineffective Need Assertion
LSA	Lag Sequential Analysis
M1	Terapeuta perde/não responde a um CRB1
M2	Terapeuta perde/não responde a um CRB2
M3	Terapeuta perde/não responde a um CRB3
O1	Discussão por parte do cliente de problemas clínicos de fora da relação terapêutica.
O2	Discussão por parte do cliente de melhoras clínicas ocorridas fora da relação terapêutica.
RO1	Terapeuta responde ao relato de comportamentos-problema fora da relação terapêutica.
RO2	Terapeuta responde ao relato de comportamentos de melhora fora da relação terapêutica.
SSQ	Social Support Questionnaire

T1	Comportamentos do terapeuta que podem dificultar a condução adequada das sessões (Therapist In Session Problem Behaviors)
T2	Comportamentos que o terapeuta deve buscar desenvolver para a condução adequada das sessões (Therapist In Session Target Behaviors)
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCRB1	Terapeuta responde efetivamente a um CRB1
TCRB2	Terapeuta responde efetivamente a um CRB2
TCRB3	Terapeuta responde efetivamente a um CRB3
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
TPH	Transtorno de Personalidade Histriônica
TPN	Transtorno de Personalidade Narcisista
TPNE	Transtorno de Personalidade Não Especificado
TPR	Progresso positivo do terapeuta em sessão (facilitação da conversa)
TTR	Foco do terapeuta na relação terapêutica

A relação terapêutica é alvo constante de discussões em diversas abordagens terapêuticas, não só tratando de sua relevância para o processo psicoterapêutico, mas também de seu impacto no processo de mudança clínica. Segundo Callaghan, Naugle e Follette (1996), diferentes definições para o conceito de Relação Terapêutica acarretam variadas formas de tratamento e afetam diferentemente a interação entre terapeuta e cliente. Segundo estes autores, diferentes definições e termos referentes a esta relação implicam em estímulos verbais e contextos únicos, aos quais diferentes terapeutas e clientes responderão. Tais definições e constructos são úteis, de acordo com estes autores, para facilitar a habilidade do terapeuta em conceituar seu papel no tratamento de determinado cliente bem como em promover a participação consistente deste para com os objetivos definidos para a terapia.

Callaghan e cols. (1996) apresentam definições de relação terapêutica, bem como algumas de suas implicações. De acordo com estes autores, certas abordagens consideram a relação terapêutica um componente essencial no tratamento efetivo de um cliente, sendo que o terapeuta constrói seu papel na relação como um observador e analista, comentando as *transferências* à medida que estas ocorrem e ajudando os clientes a entenderem seus problemas e a terem *insights*. Segundo Callaghan e cols. (1996), uma das desvantagens de o terapeuta se colocar como um observador e analista é que essa postura o mantém restrito às informações dadas pelo cliente sobre fatos ocorridos fora da terapia. A relação terapêutica também pode ser entendida como facilitadora da aquiescência por parte do cliente às tarefas da terapia. Segundo os autores, neste caso o terapeuta pode ser visto como um educador ou instrutor, o qual pode ser, muitas vezes, mais diretivo que empático diante da não colaboração do cliente com as tarefas. Além disso, o terapeuta pode prover menor quantidade de resposta contingente ao comportamento do cliente ou fazê-lo por meio de reforçamento arbitrário, o

que diminuiria a generalização para o ambiente natural do cliente. Follette, Naugle e Callaghan (1996) definem “resposta contingente” como o responder do terapeuta ao comportamento do cliente da forma natural como tal comportamento teve impacto sobre o comportamento do terapeuta. Ainda, dentro de uma abordagem humanística ou centrada na pessoa, o terapeuta pode expressar empatia e aceitação incondicional, no entanto, isto acarreta também *feedback* não contingente aos comportamentos do cliente.

No que diz respeito à terapia comportamental, de acordo com Rosenfarb (1992), no seu início, as variáveis da relação terapêutica foram tratadas como subsidiárias ao processo de mudança clínica. Segundo o autor, isto aconteceu devido ao fato de essas variáveis serem de difícil especificação, frequentemente associadas à teoria psicanalítica e de que raramente os princípios de aprendizagem eram usados para compreendê-las.

Segundo Follette e cols. (1996) embora a relação terapêutica tenha sido pouco enfatizada na literatura comportamental ela não foi ignorada, sendo que muitos autores consideraram a utilidade de aspectos particulares da relação terapêutica associados à mudança clínica. No entanto, embora a importância do reforçamento social e da natureza interpessoal da terapia fossem reconhecidas, o sucesso das intervenções, de acordo com estes autores, continuava a ser delegado à tecnologia do condicionamento operante.

Segundo Braga e Vandenberghe (2006), Eysenck havia apontado, em 1952, a falta de objetividade das terapias existentes como o fator influente na falta de pesquisas e resultados sobre a eficácia dos tratamentos da época. A solução encontrada por Eysenck para esta dificuldade foi delinear tratamentos sob duas linhas de intervenção: extinção e treinamento. Braga e Vandenberghe (2006) apontam que o processo terapêutico foi então entendido por muito tempo como o conjunto bem articulado de intervenções e técnicas a depender da habilidade do terapeuta. No entanto, segundo estes autores, o desenvolvimento de técnicas estatísticas sofisticadas a partir da década de 70 demonstrou similaridade entre diversos

métodos psicoterápicos e placebos, o que demonstrou que as técnicas não eram os únicos fatores relevantes e aumentou o interesse relativo aos “fatores inespecíficos” do processo psicoterápico.

Follette e cols. (1996) citam estudos empíricos que foram então sendo realizados após o desenvolvimento de técnicas estatísticas mais sofisticadas. Alguns desses estudos, por exemplo, associaram dados da relação terapêutica e a predição de resultados da terapia (Ford, 1978; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975, citados em Follette & cols., 1996). Follette e cols. (1996) assinalam o fato de que uma minoria de terapeutas comportamentais não acredita ser a relação terapêutica um fator significativamente impactante nos resultados da terapia. Por outro lado, aqueles autores que veem a relação terapêutica como um fator relevante, não a consideram suficiente para promover mudanças clínicas significativas, o que ficaria a cargo de técnicas comportamentais específicas. Em oposição à nomenclatura “técnicas específicas” as variáveis da relação terapêutica passaram a ser chamadas de “fatores não específicos”. No entanto, Wilson e Evans (1977) citado por Follette e cols. (1996), propõem a substituição desta nomenclatura por “variáveis não especificadas”.

Embora o suporte empírico inicial fosse pequeno, muitas discussões envolvendo a relação terapêutica foram sendo realizadas. De acordo com Follette e cols. (1996), acreditava-se que características do terapeuta como empatia eram importantes na realização de um tratamento efetivo. Entre as vantagens de tais características estaria o estabelecimento do *rappor*t com o cliente, o qual maximizaria a coleta de dados acurados. As variáveis da relação terapêutica foram então ganhando relevância aos poucos na terapia comportamental (Rosenfarb, 1992) sem, no entanto, que fossem realizados esforços para unir os princípios desenvolvidos de laboratório à compreensão dos processos de mudança na relação terapêutica.

Rosenfarb (1992) relatou que quando a relação terapêutica era investigada, isto se dava a partir de comparações entre técnicas específicas de relacionamento (empatia e elogios, por exemplo) e outras técnicas terapêuticas (como a dessensibilização).

De acordo com Prado e Meyer (2004), atualmente há consenso entre os terapeutas comportamentais sobre a importância da relação terapêutica, porém, não quanto ao papel que desempenha no processo de mudança. Segundo os autores, a relação terapêutica é considerada por alguns terapeutas como uma variável ou um fator determinante na terapia, que facilita a adesão do cliente à mesma, o estabelecimento do valor reforçador do terapeuta, a modelagem de novos comportamentos bem como promove expectativas positivas e a superação de resistências (Raue & Goldfried, 1994, citados por Prado & Meyer, 2004). Para outros terapeutas, no entanto, a relação terapêutica é o principal mecanismo para mudança. Segundo esta concepção, a relação terapêutica oferece contexto para a emissão pelo cliente de comportamentos que têm causado problemas em seu ambiente natural e, além disso, para a aprendizagem de comportamentos mais adequados a partir da interação com seu terapeuta (Prado & Meyer, 2004).

Segundo Follette e cols. (1996), há um número crescente de literatura sobre relação terapêutica em diversas abordagens e que estão progressivamente mais sofisticadas em sua metodologia e estatística. Callaghan e cols. (1996) citam o estudo de Wright e Davis (1994) o qual descreve a importância da relação terapêutica, oferece dados empíricos sobre a ligação positiva entre esta variável e os resultados terapêuticos e, ainda, descreve a relevância de algumas variáveis do terapeuta como a empatia, por exemplo. No entanto, segundo Callaghan e cols. (1996), tal estudo não discute como os terapeutas definem este relacionamento, nem porque ele é importante para a terapia. Também Follette e cols. (1996) citam uma publicação sobre terapia comportamental (Last & Hersen, 1994, citado por Follette & cols. 1996) que

descreve a importância da relação terapêutica, mas não analisa porque e como ela é importante.

De acordo com Rosenfarb (1992), entre os motivos de procura por terapia estão as relações interpessoais problemáticas. Ele afirma que as diferentes experiências com pessoas significantes ao longo da vida influenciam o desenvolvimento de tais dificuldades, como a falta de reforço social positivo para um comportamento social significativa e histórias de punição excessiva. O terapeuta precisará assim, segundo o autor, desenvolver, a partir da relação terapêutica, repertórios pró-sociais inexistentes no repertório do cliente, o que requer responder (verbal e não verbalmente) ao comportamento do cliente de forma diferenciada daquela com a qual o cliente entrou em contato anteriormente em sua vida.

Meyer e Vermes (2001) enfatizam a apresentação de conseqüências diferentes pelo terapeuta, uma vez que aquelas apresentadas no ambiente natural do cliente mantêm seus comportamentos-problema. Desta forma, o terapeuta poderá desenvolver e modelar repertórios sociais mais adaptativos para seu cliente e, uma vez que condições funcionalmente similares existam no ambiente natural do cliente, estes comportamentos poderão ser emitidos e reforçados, o que proporcionará uma generalização para seu ambiente natural (Rosenfarb, 1992).

Rosenfarb (1992) cita diferentes maneiras pelas quais o terapeuta faz uso da relação terapêutica: pode usá-la para levantar hipóteses sobre como seu cliente se relaciona com outras pessoas significativas de sua vida e, assim, compreender quais são suas dificuldades interpessoais; pode observar a forma como o cliente descreve a si mesmo e outros como pistas para material clínico importante e pode observar o comportamento não verbal e suas discrepâncias com o comportamento verbal. Além disso, o comportamento do terapeuta em relação ao cliente serve, também, de acordo com o autor, para dar informações sobre as relações interpessoais do cliente em seu ambiente natural e qualquer interação na relação

terapêutica pode ser usada na modelagem de novos repertórios (Shapiro citado por Rosenfarb, 1992). Para isto, o autor preconiza o reforçamento natural para a modelagem de novos repertórios. Tal reforçamento ocorre com pouco planejamento ou consciência e está intimamente ligado momento a momento às variações no comportamento do cliente, aumentando a probabilidade de que as mudanças ocorridas em terapia se generalizem ao ambiente natural. Além disso, Rosenfarb (1992) enfatiza a vantagem do processo de modelagem sobre os comportamentos governados por regras: mais sensibilidade para mudanças nas contingências e mais versatilidade diante dessa mudança.

Wilson e Evans (1977) citado por Follette e cols. (1996), procuraram entender o papel desempenhado pela relação terapêutica a partir de revisões de literatura de diferentes modelos teóricos e, considerando a influência de fatores sociais na efetivação de mudanças, reconheceram o terapeuta como um fator fundamental. Follette e cols. (1996) assinalam que o terapeuta tem sido descrito então como fonte de reforçamento social. No entanto, afirmam que o valor do reforçamento em fortalecer as respostas do cliente foi pesquisado principalmente considerando as mudanças no repertório verbal do cliente, sendo que o impacto do responder contingente do terapeuta em modelar outros comportamentos complexos não fora ainda demonstrado. Além disso, os autores consideram a terapia um processo de mútua influência, no qual o cliente também afeta as respostas do terapeuta e, a partir disso, consideram incompleta a análise de que o terapeuta evoca comportamentos do cliente ao adquirir função de estímulo discriminativo para diversas respostas do cliente. Assim, também para estes autores, embora os terapeutas comportamentais valorizem o papel da relação terapêutica, não examinaram adequadamente como a relação terapêutica pode produzir, por si só, mudanças terapêuticas. Follette e cols. (1996) se propõem, então, a analisar como a relação terapêutica é importante e útil para a mudança ocorrida na terapia.

A Relação Terapêutica e o Mecanismo de Mudança Clínica

Segundo Follette e cols. (1996), para a abordagem psicodinâmica, uma forma de entender o relacionamento terapeuta/cliente é considerar que o cliente age como se este relacionamento fosse uma metáfora de relacionamentos externos à terapia, como se o terapeuta fosse outra pessoa.

No entanto, há uma tendência em admitir que o relacionamento terapeuta/cliente é importante por si só (Gelso & Carter, 1994, Greenberg, 1994, citado por Follette & cols. 1996). A Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy – FAP; Kohlenberg & Tsai, 2004) é, de acordo com Callaghan e cols. (1996), uma terapia interpessoal fundamentada nos princípios do Behaviorismo Radical, que considera o relacionamento terapêutico responsável pelas mudanças no comportamento do cliente. De acordo com Callaghan, Summers e Weidman (2003) o mecanismo de mudança hipotético da FAP é a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos do cliente em sessão, os quais podem ser da mesma ordem de comportamentos que ocorrem em outros relacionamentos fora da terapia. Além disso, por ter acesso direto a esses comportamentos, o terapeuta tem oportunidades melhores para ajudar a mudar tais comportamentos.

Assim, segundo Follette e cols. (1996), de acordo com a FAP, a relação terapêutica não é uma metáfora de outros relacionamentos, mas sim o próprio ponto de interesse, sendo que a história de aprendizagem a ser desenvolvida com o terapeuta é o mecanismo de mudança, uma vez que os comportamentos-problema emitidos pelo cliente em sessão são da mesma classe ampla de respostas que ocorrem fora da sessão. Devido a esta característica, o terapeuta, a partir da relação terapêutica, tem acesso direto aos comportamentos-problema de seu cliente.

Segundo Callaghan e cols. (1996), a perspectiva analítico-comportamental considera que o terapeuta somente tem acesso confiável àquilo que acontece dentro da terapia, aos

comportamentos do cliente na sessão. Assim, informações adquiridas a partir de seu relacionamento com o cliente são mais fidedignas que os relatos sobre outros relacionamentos exteriores à terapia. A partir dessas informações, o terapeuta pode então delimitar os comportamentos problemas do cliente, estar atento à sua ocorrência ou mesmo evocá-los, relatar para o cliente o impacto desse comportamento no terapeuta e reforçar outras formas de interação. O papel do terapeuta, nesse caso, é prover reforço e apoio social ao esforço do cliente em mudar, bem como reforçar diferencialmente os comportamentos de melhora do cliente em sessão (Follette & cols. 1996). Portanto, a relação terapêutica possibilita ao terapeuta agir diretamente sobre o comportamento-problema, transformando a terapia em um ambiente no qual o cliente se engaja em comportamentos-problema e aprende comportamentos de melhora clínica (Follette & cols. 1996).

A Sistematização da Relação Terapêutica: acesso, evocação e resposta aos comportamentos-alvo

Segundo Braga e Vandenberghe (2006), a FAP “constitui-se uma proposta sistematizada do ponto de vista teórico e prático para a análise da relação terapêutica” (p. 309). A FAP classifica os comportamentos do cliente em classes funcionais chamadas de Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRB – do inglês: Clinically Relevant Behavior). De acordo com Callaghan, Follette, Ruckstuhl e Linnerooth (2008) os comportamentos clinicamente relevantes são comportamentos que ocorrem no contexto do relacionamento terapêutico que tem função passível de identificação sobre o comportamento do terapeuta. Segundo Callaghan e cols. (2003) CRBs são classes de comportamentos definidos idiograficamente para cada cliente referentes aos comportamentos-problema e objetivos para a terapia. De acordo com estes autores, eles são agrupados com base em seus efeitos similares em outras pessoas, sem considerar a forma ou aparência que tomam.

O terapeuta que emprega a FAP, segundo Callaghan e cols. (2008), conceitua o repertório comportamental interpessoal de seu cliente no contexto do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Segundo estes autores, os CRBs são definidos de acordo com a função que têm sobre o terapeuta, sendo formalmente organizados em uma conceituação funcional de caso baseada nos princípios behavioristas e que descreve o repertório interpessoal vigente do cliente à medida que ele é emitido no relacionamento terapêutico. A conceituação é usada para permitir não só a definição idiográfica dos comportamentos de determinado cliente, mas também a formulação de estratégias de intervenção correspondentes. Os autores ressaltam que a conceituação funcional do caso deve ser interativa, sendo atualizada assim que novos comportamentos-alvo do cliente são identificados e são estabelecidos os comportamentos de melhora correspondentes.

Os comportamentos chamados CRB1s são comportamentos clinicamente relevantes análogos ao problema do cliente e devem ter sua frequência diminuída ao longo da terapia. Ou seja, de acordo com Callaghan e cols. (2008), os CRB1s são comportamentos que os clientes emitem em sessão e que, fora do contexto terapêutico, esses comportamentos contribuem para a manutenção de seus problemas.

Os chamados CRB2s são os comportamentos referentes à melhora do cliente e devem ser aprendidos e/ou fortalecidos no decorrer do processo terapêutico. São, portanto, de acordo com Callaghan e cols. (2008), comportamentos que ocorrem no contexto terapêutico e que são efetivos para o cliente dados seus objetivos para a terapia, sendo tarefa do terapeuta ajudar seu cliente a desenvolver tais comportamentos a partir de seu repertório inicial.

Por fim, o CRB3 diz respeito à capacidade do cliente em observar e interpretar seus próprios comportamentos, descrevendo as conexões funcionais. Trata-se das descrições verbais por parte do cliente das variáveis de controle de seu comportamento, da relação entre seu comportamento com os antecedentes e as consequências sócio-ambientais daquele

comportamento (Callaghan & cols. 2008). Esta classe de comportamentos também deve ser adquirida no decorrer do processo psicoterapêutico.

A FAP enuncia também algumas regras que devem guiar o comportamento do terapeuta. São elas: 1) Prestar atenção aos CRBs; 2) Evocar CRBs; 3) Reforçar CRBs 2; 4) Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente e 5) Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2004). De acordo com Kohlenberg e Tsai (2004) tais regras não devem ser compreendidas segundo a concepção rígida geralmente associada ao termo, mas como sugestões ao comportamento do terapeuta que pode então vir a ser reforçado. Ou seja, segundo os autores, ao seguir as regras da FAP o terapeuta poderá identificar bem como utilizar uma oportunidade terapêutica (p. 27).

No que diz respeito à regra 1, “prestar atenção aos CRBs”, os autores consideram que os resultados da terapia serão diretamente proporcionais à habilidade do terapeuta em identificar CRB, uma vez que suas reações, sendo a consequência primária ao comportamento do cliente, poderiam ser inconsistentes e até mesmo anti-terapêuticas, caso o terapeuta não esteja atento à ocorrência de CRB. Um terapeuta consciente da ocorrência de CRB está em melhores condições de agir adequadamente frente ao comportamento de seu cliente. Além disso, de acordo com Kohlenberg e Tsai (2004) o terapeuta pode estruturar a sessão de modo a facilitar a ocorrência de CRB1 e criar condições para a ocorrência de CRB2, seguindo assim a regra 2, “evocar CRBs”, de acordo com os autores, tais atitudes promovem um relacionamento ideal entre terapeuta e cliente.

Ao discorrer sobre a regra 3, “reforçar CRB2s”, Kohlenberg e Tsai (2004) enfatizam a dificuldade em seguir esta regra e, ao mesmo tempo, não usar reforçadores artificiais, tornando o relacionamento um tanto quanto artificial também. De acordo com os autores, a saída neste caso, é fazer uso de reforçadores que tenham relação com a história do

relacionamento estabelecido entre o terapeuta e seu cliente. Os autores também sugerem algumas alternativas para minimizar os efeitos indesejados do reforçamento artificial e promover o reforçamento natural, são elas: 1. reforçar uma classe ampla de respostas nos clientes; 2. compatibilizar as expectativas com o repertório vigente do cliente; 3. amplificar os sentimentos do terapeuta para torná-los mais salientes; 4. estar ciente de que o relacionamento terapeuta/cliente existe para benefício do último; 5. no caso de usar reforçadores atípicos, fazê-lo por tempo limitado e como forma de transição; 6. evitar punição; 7. na medida do possível, o terapeuta deve ser ele mesmo, considerando as restrições impostas pelo relacionamento terapêutico. Tais abordagens foram chamadas pelos autores de “abordagens diretas”, assim, de acordo com eles, algumas “abordagens indiretas” também podem servir ao mesmo propósito. São elas: 1. ampliar a percepção do que reforçar; 2. avaliar o impacto do terapeuta sobre seu cliente; 3. praticar boas ações que beneficiem pessoas em geral e 4. selecionar clientes apropriados à FAP.

Em relação à quarta regra, “observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente”, ela deriva diretamente, segundo os autores, dos princípios comportamentais que enfatizam o impacto das conseqüências do comportamento sobre a probabilidade futura de sua ocorrência (p. 40). Esta regra pode fazer com que o terapeuta altere comportamentos seus que podem estar sendo ineficazes ou prejudiciais ao cliente, bem como pode favorecer o seguimento da quinta regra e, conseqüentemente, o desenvolvimento de CRB3 por parte do cliente. A regra 5, “forneça interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente”, pode, segundo os autores, auxiliar na produção de regras mais efetivas e aumentar o contato com as variáveis de controle.

Segundo Follette e cols. (1996) uma vez que a FAP preconiza que o terapeuta identifique comportamentos-problema e modele comportamentos novos, o terapeuta deve

então, fazer uso de reforçamento diferencial a comportamentos aproximados do comportamento-alvo, não reforçar comportamentos contra produtivos e ocasionalmente punir comportamentos que possam ser prejudiciais a outras pessoas. O terapeuta, para tal, deve ser uma importante fonte de reforço social para seu cliente com o objetivo de que os comportamentos de melhora aprendidos em sessão se generalizem para outros ambientes.

O Terapeuta como Fonte de Reforço Social

Segundo Callaghan e cols. (1996), para estabelecer-se como um reforçador social, o terapeuta precisa desenvolver uma história de relacionamento com seu cliente, fazendo-o sentir-se cuidado e apoiado. Além disso, de acordo com os autores, o terapeuta precisa responder de forma contingente ao comportamento do cliente à medida que este impacta o terapeuta, ou seja, o terapeuta deve expressar como o comportamento do cliente o afetou, no lugar de dar interpretações, por exemplo, o que seria uma resposta não contingente. Callaghan e cols. (1996) ainda indicam a necessidade de que este responder contingente seja similar a como outras pessoas respondem ao comportamento do cliente em seu ambiente natural, porém, que o terapeuta o faça de maneira produtiva para o cliente e desde que haja uma história bem estabelecida de apoio do terapeuta. Além disso, é preciso que o terapeuta esteja atento ao contexto, ao momento da terapia para responder de forma contingente e relacionar aquilo que o cliente relata que acontece fora da terapia com o relacionamento terapêutico. Assim, de acordo com a FAP, o mecanismo de mudança clínica é o responder contingente do terapeuta em relação ao cliente, sendo que quando o terapeuta age a partir desta perspectiva, é capaz de promover mudanças mais imediatas usando amplamente a relação terapêutica.

Follette e cols. (1996) também discorrem sobre como o terapeuta pode se tornar uma fonte de reforçamento social para seu cliente. Segundo os autores, a valorização pelo terapeuta do simples fato de o cliente buscar terapia é importante uma vez que se acredita que este esteja passando por sérias dificuldades e que o processo terapêutico pode ser uma

experiência difícil. Tal reforço foi chamado pelos autores de “geral” e, segundo sua compreensão, não se trata de aceitação incondicional ou resposta não contingente, mas sim o reforço de uma classe ampla (geral) de respostas (que inclui vir à terapia, se envolver nesta relação e tentar mudar). De acordo com os autores, este reforço geral é importante para que o cliente se sinta cuidado pelo terapeuta todo o tempo, não apenas quando se comporta como este espera, ou seja, ajuda a tornar o terapeuta um reforçador social para o cliente. Além disso, possibilita o aumento do repertório comportamental do cliente, prevenindo o afastamento da terapia quando respostas mais específicas e complexas passam a ser exigidas. No entanto, os autores não consideram suficiente apenas este tipo de reforço. Em contraste ao “reforço contingente geral”, Follette e cols. (1996) estabelecem o conceito de “reforço específico contingente”, descrito a seguir.

A Mudança Clínica e o Reforço Diferencial

A partir do “reforço geral”, pode-se desenvolver uma classe ampla de respostas do cliente que inclui desde comportamentos simples, até comportamentos mais complexos, como discutir questões difíceis e realmente relacionadas ao seu problema. Uma vez que esta classe ampla de respostas esteja estabelecida, o terapeuta deve mudar o reforçamento de geral para específico, de forma a selecionar comportamentos mais relevantes para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo terapeuta e pelo cliente para a terapia. Ou seja, o terapeuta reforça aproximações sucessivas ao comportamento-alvo da terapia, tomando o cuidado de reforçar de forma intermitente os comportamentos gerais, que dão possibilidade para o tratamento. Assim se configura o reforço diferencial, uma vez que se trata de reforçar respostas mais gerais e necessárias para, então, fortalecer respostas mais específicas (Rosenfarb, 1992). Follette e cols. (1996) acreditam que grande parte da melhora do cliente aconteça por meio do reforço contingente diferencial. É dessa forma, segundo os autores, que

se configura um ambiente no qual o cliente tem oportunidade de aprender as conseqüências de seu comportamento sobre outras pessoas, sem que isto se dê a partir da interação com pessoas menos acolhedoras ou receptivas. Assim, em um ambiente protegido, o cliente tem a chance de aprender comportamentos novos e mais eficazes, sendo que pode se engajar no treino de tais comportamentos sem a aversão de eventuais falhas.

Callaghan e cols. (1996) analisam ainda como o relacionamento terapêutico difere de outros relacionamentos, como uma amizade, por exemplo. Segundo os autores, o papel do terapeuta é ajudar o cliente a desenvolver as mudanças desejadas. Esta característica, juntamente com o reforço contingente, é a base do relacionamento terapêutico, ao passo que em uma relação de amizade, o reforço nem sempre é contingente e não se espera que um dos membros da díade se comporte diferentemente ou mais efetivamente para promover mudanças no comportamento do outro. Além disso, caso o terapeuta investisse em uma relação de amizade, poderia prover ao cliente aceitação incondicional, de forma a evitar desconfortos na relação. Isto, de acordo com os autores, prejudicaria o processo de mudança clínica uma vez que não arranja contingências para tal e não aumenta a exigência à medida que o repertório comportamental do cliente se desenvolve, impossibilitando seu refinamento.

Conforme exposto, a relação terapêutica foi, assim, sistematizada na perspectiva analítico-comportamental e foram especificadas algumas tarefas nas quais o terapeuta deve se engajar. No entanto, segundo Callaghan e cols. (2008), embora muitos pesquisadores considerem a importância do relacionamento terapêutico na promoção de mudanças clínicas, ainda são escassos os dados empíricos que sustentem este ponto de vista. Algumas dificuldades para tal são apresentadas a seguir.

O Mapeamento dos Processos de Mudança e o surgimento da FAPRS

Rosenfarb (1992) enfatizara, há 20 anos, que a pesquisa da relação terapeuta/cliente tinha falhas em delinear claramente os tipos de análises e intervenções verbais mais eficazes para a mudança do cliente, uma vez que o autor considera os intercâmbios verbais como causas primárias da mudança clínica. Entre os obstáculos citados pelo autor em relação às pesquisas nesta área, estava a dificuldade de isolar todos os fatores que afetam o processo de modelagem de um comportamento do cliente e as falhas em replicar adequadamente as contingências vigentes na relação terapêutica. No entanto, segundo Rosenfarb (1992), avanços em análises estatísticas podem ajudar a descobrir relações entre as mudanças clínicas e as interações terapeuta/cliente. Trata-se, segundo o autor, de uma tentativa de mapear sequências de tais interações e associá-las aos resultados clínicos. Assim, o autor enfatiza a importância de os terapeutas olharem a relação terapêutica com mais atenção, uma vez que esta pode ser compreendida à luz dos princípios de aprendizagem.

Segundo Callaghan e cols. (2008), uma das dificuldades na produção de dados empíricos sobre a relação terapêutica, é especificar e mensurar os mecanismos de mudança clínica e as dimensões importantes do relacionamento entre terapeuta e cliente. Muitas vezes, quando os mecanismos de mudança são especificados, isto é feito de tal forma que torna difícil sua mensuração. Assim, para estes autores, há ainda um distanciamento entre a importância do relacionamento terapêutico e a documentação empírica de eventos que causam mudanças no comportamento do cliente. Porém, a FAP, segundo eles, delinea de forma clara e mensurável como o relacionamento terapêutico promove mudanças.

De acordo com Callaghan e cols. (2003), as duas questões centrais para a FAP são entender idiograficamente os problemas e as melhoras do cliente, bem como responder de forma contingente aos comportamentos do mesmo. A resposta contingente é considerada o mecanismo de mudança clínica do cliente na FAP e pode ser estudada a partir de uma escala

de categorização de comportamentos do terapeuta e do cliente, chamada Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS – Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008).

A FAPRS, de acordo com Callaghan e cols. (2003) foi desenvolvida com o propósito de documentar os comportamentos do cliente e do terapeuta durante o curso de uma terapia com a FAP. Segundo os autores, a FAPRS é hábil em identificar com segurança a ocorrência de respostas contingentes do terapeuta aos comportamentos do cliente. A partir da categorização das sessões com a escala FAPRS, é possível documentar o mecanismo de mudança clínica hipotético da FAP, sendo que a partir de outras análises, pode-se identificar se o terapeuta respondeu de acordo com a FAP, bem como a efetividade do tratamento para aquele caso (Callaghan & cols., 2003).

A FAPRS, segundo Callaghan e cols. (2008), identifica a função dos comportamentos do terapeuta e de seu cliente, ou seja, a escala FAPRS categoriza a função dos comportamentos da díade, ao invés de sua forma. Isto implica que os categorizadores, ao fazer uso dessa escala, sejam capazes de identificar a função do comportamento em sessão a partir de seus efeitos no outro membro da díade. Desta forma, a categorização de um comportamento do terapeuta, bem como a definição de sua efetividade não se dá, segundo Callaghan e cols. (2008), a partir de sua forma aparente ou baseada no que os categorizadores acreditam ter sido a intenção do terapeuta, mas sim em seu efeito sobre o cliente. Do mesmo modo, os comportamentos do cliente são categorizados a partir de seus efeitos sobre o comportamento do terapeuta, dada a conceituação específica do caso.

De acordo com Callaghan e cols. (2008), os códigos da FAPRS (Anexo IV) incluem comportamentos-problema e de melhora do cliente que ocorrem em sessão, os CRB1s e CRB2s respectivamente, que são categorizados com estes mesmos códigos, assim como o CRB3. Não obstante, problemas e melhoras ocorridos fora do contexto terapêutico e relatados no mesmo são categorizados com os códigos O1 e O2 (“Outside Problems” e “Outside

Improvements”). Em relação aos comportamentos do cliente, existem também outros dois códigos, o CTR (“Client focus on Therapeutic Relationship”) relativo às falas do cliente nas quais este foca o relacionamento terapêutico sem que se trate, porém, de um CRB, e o código CPR (“Client Session Progression”) com o objetivo de documentar comportamentos do cliente que são facilitadores da conversação.

Os códigos da escala FAPRS referentes ao comportamento do terapeuta incluem os códigos TCRB1, TCRB2 e TCRB3 (“Therapist Responds CRB”) relativos às respostas adequadas e efetivas do terapeuta aos CRB 1, 2 e 3 respectivamente. Assim, por exemplo, um comportamento do terapeuta que sirva para diminuir a probabilidade de ocorrência futura de um CRB1 é chamado de TCRB1 (Callaghan & cols. 2003; Callaghan & cols. 2008). No caso de o terapeuta não responder efetivamente ou falhar em responder aos CRB, de acordo com a conceituação do caso, os códigos que devem ser categorizados são M1, M2 ou M3 (“Therapist Misses CRB”). Além disso, caso o terapeuta se engaje em comportamentos não benéficos ao cliente, dados os objetivos da terapia, o código que registra esse comportamento é IN (“Ineffective Therapist Behavior”).

No que diz respeito aos comportamentos emitidos fora de sessão pelo cliente e relatados por ele no contexto terapêutico (O1 e O2), são designados os códigos RO1 e RO2 às respostas do terapeuta. Há um código também para a evocação de CRB por parte do terapeuta, o ECRB (“Therapist Evokes CRB”). O código TTR diz respeito aos comportamentos do terapeuta que focam a relação terapêutica sem que ele esteja respondendo a um CRB propriamente (“Therapist focus on Therapeutic Relationship”). Finalmente, o código TPR (“Therapist Session Progression”) se refere aos comportamentos do terapeuta não correspondentes aos códigos já descritos e que sirvam para facilitar a conversação em sessão (Callaghan & cols., 2003; Callaghan & cols., 2008).

Segundo Callaghan e cols. (2008), a FAPRS usa a expressão “*turn*¹” como sua unidade de análise. Cada fala do terapeuta e do cliente é um *turn*, delimitado, portanto, pela fala anterior e posterior do outro membro da díade. Os categorizadores são instruídos em procedimentos de categorização “*turn by turn*” ou “vez por vez” das sessões, usando suas transcrições e videoteipes. Permite-se aos categorizadores aplicar apenas um código em cada *turn*, sendo que os mesmos recebem uma hierarquia múltipla de decisão de códigos a ser usada caso mais de um evento passível de categorização ocorra dentro do mesmo *turn*. Pede-se aos categorizadores para categorizar cada *turn* de acordo com a função aproximada do comportamento daquele *turn*, dada a conceituação do caso para cada cliente.

De acordo com Callaghan e cols. (2008), para avaliar as mudanças clínicas do cliente em termos do relacionamento terapêutico, os pesquisadores devem cumprir algumas tarefas: 1. descrever um tratamento; 2. descrever de forma clara e mensurável o mecanismo de mudança de tal tratamento; 3. definir quais dimensões do comportamento do cliente deverão mudar após a manipulação do mecanismo de mudança; 4. desenvolver um sistema de medida que permita a observação confiável do comportamento em sessão; 5. testar empiricamente a validade de tal mecanismo de mudança de forma a relacioná-lo à melhora do cliente e, finalmente, de acordo com os autores, esta melhora deve ser ligada ao relacionamento terapêutico e deve-se mostrar que foi generalizada para outros relacionamentos fora do contexto terapêutico.

Em seu artigo, Callaghan e cols. (2008) procuram cumprir tais tarefas ao descrever um tratamento e seu mecanismo de mudança, ou seja, a FAP e a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes do cliente, os quais devem ser alterados após a manipulação da resposta contingente. Os autores descrevem também o desenvolvimento da escala de categorização da FAP, a FAPRS, e apresentam dados que sugerem sua

¹ Expressão usada para a unidade de análise da FAPRS e adotada nesse trabalho

confiabilidade e utilidade em examinar empiricamente o relacionamento terapêutico bem como o mecanismo de mudança clínica hipotético da FAP. Além disso, os autores apresentam dados iniciais que sustentam tal mecanismo de mudança. Desta forma, algumas pesquisas utilizando a FAPRS já foram realizadas e são apresentadas a seguir.

O Estudo da Relação Terapêutica a partir da FAPRS

Callaghan e cols. (2003) realizaram um estudo no qual um cliente do sexo masculino, de 30 anos, com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Não Especificado (TPNE), com características de Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) e Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH), foi tratado com a FAP. O tratamento consistiu em 23 sessões de 50 minutos realizadas por uma terapeuta de mestrado do sistema de ensino estadunidense, de 29 anos. A terapeuta recebeu supervisões semanais de uma hora com um terapeuta experiente em FAP. A aplicação do “Beck Depression Inventory” (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961, citados por Callaghan & cols. 2003) no início do tratamento indicou ausência de depressão ou depressão leve (escore 8), sendo que foi reaplicado ao fim do tratamento apenas com o objetivo de comparação e o escore foi 4. O Functional Idiographic Assessment Template (FIAT; Callaghan, 2000; Callaghan, Summers & Weidman, 2001, citados por Callaghan & cols. 2003) foi usado na conceituação do caso e a escala FAPRS foi utilizada para a categorização das sessões, realizada pela terapeuta e pelo primeiro autor do estudo, cujos índices de concordância foram considerados satisfatórios (86%). Uma amostra de quatro sessões foi selecionada e foram categorizados quinze minutos de cada sessão, o que rendeu um total de 197 *turns*, sendo que os dados para cada sessão foram apresentados como proporção de respostas (número de comportamentos do cliente para cada categoria dividido pelo total de comportamentos do cliente para cada segmento de quinze minutos).

A análise dos dados foi feita pela análise qui-quadrado e “*Lag Sequential Analysis*” (LSA), usada para analisar o responder contingente em termos de probabilidades contingentes. De acordo com Busch, Callaghan, Kanter, Baruch e Weeks (2010), essa análise trata da probabilidade de que um evento Y siga outro evento chamado evento X, ou a probabilidade de ocorrência de um evento Y após um certo número de eventos depois do evento X. Também é usada, segundo os autores, para demonstrar as taxas e o tempo de resposta contingente do terapeuta. Por exemplo, probabilidades de contingência são relatadas como “primeiro *turn* depois de um CRB (lag 1)” quando o terapeuta responde em sua primeira oportunidade de resposta após um CRB do cliente. Acontece então uma resposta do cliente (lag 2) e outra do terapeuta (lag 3), se o terapeuta responde de forma contingente somente nesse *turn*, isso é relatado como “terceiro *turn* após um CRB (lag 3)”. Se acontece mais um *turn* do cliente (lag4), e só então o terapeuta responde ao CRB (lag 5), diz-se que o terapeuta respondeu no “quinto *turn* depois de um CRB (lag 5)” (Busch e cols. 2010).

Os resultados indicaram que a proporção de comportamentos de melhora do cliente durante a sessão aumentou enquanto os comportamentos-problema diminuíram ao longo da terapia. Callaghan e cols. (2003) assinalam que, embora a ocorrência de relatos de melhoras e de problemas fora da sessão tenham sido pouco frequentes nos segmentos categorizados, a tendência destes dados é consistente com a melhora exibida em sessão. De acordo com os autores, o número de problemas fora da sessão relatados pelo cliente diminuiu de 7% na 3ª sessão para sua não ocorrência na 22ª sessão. Ao mesmo tempo, o relato de melhoras fora da sessão passou de zero na 3ª sessão, para 13% na 22ª sessão. No que diz respeito à proporção de respostas da terapeuta, esta respondeu mais efetivamente e evocou CRB nas sessões 9, 15 e 22. Na 3ª sessão ocorreu pouco emprego da FAP, sendo que a terapeuta perdeu ou não respondeu aos problemas do cliente em sessão e se engajou em poucos comportamentos referentes à FAP. Porém, a LSA mostrou que ao longo do tratamento a terapeuta respondeu

aos comportamentos do cliente de acordo com o modelo da FAP. No lag 1 a terapeuta perdeu ou não respondeu aos problemas do cliente tão frequentemente quanto respondeu apropriadamente. No entanto, no lag 3 a terapeuta respondeu aos problemas e não se engajou em outras respostas, indicando, segundo os autores, que esta frequentemente esperou um *turn* para determinar sua resposta ao comportamento-problema do cliente. Em relação às melhoras do cliente em sessão, a terapeuta esteve mais predisposta a responder efetivamente a elas do que em se engajar em outras respostas. Callaghan e cols. (2003) assinalam que seus dados não pretendem demonstrar que o mecanismo da FAP é responsável pelas mudanças clínicas em todos os casos, mas que fornecem evidências de que a terapeuta estava engajada no tratamento conforme o modelo proposto e que, embora seja um suporte limitado, sugerem que a efetividade da FAP seja em virtude do mecanismo hipotético, ou seja, a resposta contingente do terapeuta. Sugerem ainda, embora com ressalvas, que a FAP seja um tratamento efetivo para clientes com o diagnóstico de transtorno de personalidade, particularmente para aqueles com características narcisistas e histriônicas. É preciso, de acordo com os autores, mais dados para que os resultados possam ser generalizados, sendo que os princípios deste estudo são aplicáveis a diferentes clientes e problemas de clientes, sendo possível também usar este método para demonstrar as mudanças nos comportamentos do terapeuta durante o curso de uma terapia ou durante seu treino, dados que, segundo os autores, são escassos no campo da psicologia clínica.

Segundo Busch e cols. (2009), algumas das limitações do estudo de Callaghan e cols. (2003) são a não independência dos categorizadores, no caso, terapeuta e supervisor, o tamanho da amostra analisada da interação entre terapeuta e cliente, que somou apenas uma hora total e a falta de controle ou fase de linha de base.

No que diz respeito ao estudo realizado por Kanter e cols. (2006), estes autores investigaram o uso da FAP no tratamento de depressão utilizando dois estudos de caso único

com desenho A/ A+B inter-sujeitos, sendo que a linha de base consistiu em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a fase A + B consistiu em TCC acrescida de FAP. Os sujeitos foram um homem caucasiano de 42 anos de idade e uma mulher afro-americana de 24 anos, ambos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Personalidade. Os terapeutas foram dois estudantes de nível avançado em psicologia clínica, sendo um homem e uma mulher.

As variáveis dependentes foram definidas pelos terapeutas nas sessões iniciais com a colaboração dos clientes na definição dos comportamentos-alvo do tratamento, providos de exemplos e de acordo com seus objetivos para a terapia. A definição destes comportamentos foi baseada no instrumento FIAT, usado para descrever e rastrear classes de respostas. Foi pedido aos clientes que registrassem diariamente se os comportamentos-alvo tinham acontecido fora da terapia, sendo que tais diários de auto-registro foram revisados semanalmente por terapeuta e cliente.

Durante a linha de base foi realizada TCC e as técnicas de FAP foram proscritas, de forma que os terapeutas ignorassem o máximo possível a ocorrência de CRBs. A mudança de fase foi realizada quando as variáveis dependentes atingiram níveis estáveis. Os terapeutas, então, foram instruídos a responder de forma contingente aos CRBs tanto quanto possível na primeira sessão de FAP, para maximizar o impacto da mudança de fase. Quatro categorizadores treinados agrupados dois a dois realizaram a categorização das sessões da cliente de sexo feminino, uma vez que este pareceu ser o caso de sucesso a partir da aplicação dos instrumentos BDI e Social Support Questionnaire (SSQ; Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987 citados por Busch & cols., 2009). Os dados pré-tratamento tiveram escores 17 para o BDI (moderadamente deprimida) e escores 2.7 e 5.3 para o SSQ (respectivamente, poucos indivíduos como suporte social, sendo que a cliente avaliou esta quantidade como satisfatória). No pós-tratamento o escore BDI foi 0 e ambos os escores do SSQ foram 6. Ao

fim do tratamento a cliente não preenchia mais os critérios para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (Busch & cols., 2009). A partir da conceituação do caso, os categorizadores utilizaram uma adaptação da FAPRS (Callaghan, Ruckstuhl & Busch, 2005, citados por Kanter & cols., 2006) para a categorização das sessões, sendo que eram cegos à mudança de fase.

De acordo com os autores, embora este estudo requeira replicações, os resultados pareceram satisfatórios para a cliente de sexo feminino, sendo que sua resposta à mudança de fase pôde ser observada em seu auto-registro diário. Além disso, quase nenhuma resposta contingente do terapeuta aconteceu durante a linha de base, sendo observada grande alteração na primeira sessão de FAP e variação nas respostas ao longo do restante da fase FAP. Os autores indicam que embora isto sirva de evidência de que a FAP ocorreu, restam algumas questões, como por exemplo, se os CRB1s diminuíram e os CRB2s aumentaram. Além disso, segundo os autores, alguns outros comportamentos do terapeuta podem ter influenciado, como evocar e discutir CRB, mas não os consequenciar. No que diz respeito ao cliente de sexo masculino, este deixou o tratamento prematuramente após faltar às sessões e completar seu auto-registro diário apenas após o início da fase FAP. De acordo com os autores, durante seu tratamento o terapeuta indicou paralelos entre o relacionamento terapêutico e a relação do cliente com sua ex-esposa, o que os autores especulam que possa ter sido aversivo ao cliente, sendo que o comportamento exibido com a ex-esposa (evitar comunicação) pode ter sido generalizado ao contexto terapêutico. Segundo Kanter e cols. (2006), tal situação indica uma questão interessante para a FAP: quais operações estabelecidas são necessárias com clientes para os quais intimidade e interações sociais genuínas não adquirem funções positivamente reforçadoras?

Segundo Kanter e cols. (2006), outros desenhos de pesquisa são necessários para investigar o assunto, sendo preciso também que a definição dos CRBs possa ser feita por meio

de uma análise funcional estruturada, a qual, de acordo com os autores, ainda precisa ser desenvolvida. Além disso, o acesso aos comportamentos que ocorrem fora da sessão foi realizado com base nos auto-registros preenchidos pelos clientes, uma estratégia limitada, porém, necessária ao campo da pesquisa idiográfica com clientes ambulatoriais. No entanto, segundo os autores, esta estratégia pode ser melhorada com o uso de taxas de frequência, severidade ou intensidade do comportamento-problema e tentativas de diferenciar a não ocorrência do comportamento-problema da evitação pelo cliente de estímulos que pudessem evocá-lo.

Segundo Busch e cols. (2009), embora o estudo de Kanter e cols. (2006) tenha identificado importantes comportamentos fora de sessão que podem ter mudado em função do tratamento, ou seja, embora o resultado final da terapia tenha sido avaliado, Busch e cols. (2009) assinalam que o processo de mudança em sessão, bem como os resultados intermediários (comportamentos dentro da sessão) não foram demonstrados.

Assim, Busch e cols. (2009) citam os estudos de Callaghan e cols. (2003) e Kanter e cols. (2006) e pretendem em sua pesquisa superar as fraquezas daqueles estudos ao categorizar todas as falas durante o tratamento do caso de sucesso de Kanter e cols. (2006), usando a FAPRS. As hipóteses eram que o comportamento do cliente melhorasse após a introdução da FAP (diminuição de CRB1 e aumento de CRB2), que o terapeuta focalizasse mais a relação terapêutica e a modelagem do comportamento do cliente na fase FAP do que na fase de TCC e que os comportamentos do terapeuta após os CRBs do cliente fossem mais efetivos durante a fase de FAP do que na fase TCC.

O estudo buscou verificar os resultados apresentados por Kanter e cols. (2006), que sugeriram que a introdução da FAP na fase A+B levou a melhoras significativas nos comportamentos-alvo fora da sessão, definidos idiograficamente. Também explorou hipóteses sobre o mecanismo de mudança clínica da FAP momento a momento, especificamente

procurando demonstrar que os comportamentos do cliente em sessão também melhoraram e que o terapeuta modelou estes comportamentos em sessão somente durante a fase com uso da FAP.

Os categorizadores foram três alunos da graduação em clínica e um graduado. Todos possuíam compreensão básica de análise do comportamento, leram o livro da FAP original e tinham conduzido pesquisas com a FAP por um ano. Leram o manual de treino da FAPRS e passaram por aproximadamente 100 horas de treino na escala FAPRS. Como haviam sido treinados para a FAP, conheciam as hipóteses básicas do estudo.

Antes de serem categorizadas, as sessões foram separadas em *turns* por assistentes de pesquisa para facilitar o trabalho dos categorizadores, de modo que estes, durante seu trabalho, não tivessem de decidir se uma fala seria ou não considerada um *turn* a ser categorizado (foram excluídos termos com função de facilitar a conversação como “uh uh” e “eu sei”). Os categorizadores tiveram acesso à conceituação do caso e suas dúvidas foram esclarecidas, sendo que eram cegos quanto à fase de conceituação, à fase TCC e à mudança de fase para TCC + FAP. Os categorizadores foram arranjados em duas duplas, nas quais ao menos um categorizador tinha experiência em terapia, baseado em pesquisas anteriores que indicaram que dois categorizadores sem experiência em terapia produzem menor índice de concordância. Cada categorizador atribuiu uma categoria a cada *turn* do cliente e do terapeuta. Os *turns* cujas categorias não conferiam entre os dois categorizadores foram revisados, caso não fosse possível chegar a um acordo entre os categorizadores, a categoria de menor valor na escala de hierarquia foi escolhida, sendo que se referia à categoria menos específica. No que diz respeito a discussões relativas aos CRBs 1 e 2, tais comportamentos foram categorizados como “melhoras” (CRB2s).

Os resultados, segundo Busch e cols. (2009), deram suporte às hipóteses relativas à melhora do comportamento do cliente em sessão. A mudança de fase de TCC para FAP

aumentou a frequência de CRB2. Porém, no que diz respeito aos CRB1s, estes ocorreram em baixa frequência na fase de conceituação do caso, aumentou durante a fase TCC e foi ao pico na primeira sessão de FAP, sendo que, após isto, teve frequência variada durante o restante da fase FAP, com diminuição nas últimas sessões. Os autores consideram que a duração da fase de conceituação do caso não foi suficiente para evocar CRB, e que o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico mais profundo foi necessário para evocar comportamentos-problema, o que levou algumas sessões para acontecer. Busch e cols. (2009) advertem que este desenho não controlou a passagem do tempo, sendo possível que a melhora após a mudança de fase fosse devida a passagem do tempo ou ao acúmulo das terapias. Denotam que no início da fase FAP houve um aumento de CRB1, o que consideram esperado, uma vez que a terapeuta passou a focar o relacionamento terapêutico e a evocar CRB, levando ao aumento dos comportamentos-problema em sessão, especialmente a evitação de intimidade e expressão emocional. Além disso, os autores assinalam que os CRB1s também ocorreram significativamente durante a fase TCC, o que sustenta o pressuposto da FAP de que a ocorrência de CRB é uma função do contexto terapêutico, e não do contexto específico das técnicas da FAP.

De acordo com Busch e cols. (2009), os dados mostram várias mudanças no comportamento da cliente durante a mudança de fase e, embora complexos, tais dados combinados com os achados dos auto-registros, revelam que os comportamentos em sessão e fora de sessão melhoraram após a mudança de fase para FAP. Os dados também apóiam as hipóteses em relação ao comportamento da terapeuta, de que falas relativas ao relacionamento terapêutico e à modelagem do comportamento da cliente ocorreram com mais frequência durante a fase FAP (a terapeuta foi solicitada a não responder dessa forma na fase TCC). Assim como o comportamento da cliente, o comportamento da terapeuta variou durante as sessões, mas teve claro aumento nas categorias após a mudança de fase. Assim, as técnicas da

FAP realmente ocorreram após e não antes da mudança de fase. Quando visto junto com os resultados de Kanter e cols. (2006), segundo Busch e cols. (2009), estes resultados sugerem que a modelagem pode afetar significativamente o comportamento fora de sessão.

Uma das limitações deste estudo, de acordo com Busch e cols. (2009), consiste na redução a uma díade terapeuta/cliente, que pode resultar em idiossincrasias como a cliente ser particularmente suscetível ao reforço social e a responder ao auto-registro, dificultando a generalização dos dados encontrados. Assim, segundo os autores, categorizações de múltiplos clientes são necessárias para alcançar conclusões mais precisas. Não obstante, os autores escolheram categorizar as sessões de uma cliente cujos sintomas tinham claramente enfraquecido durante a terapia. Além disso, nenhuma medida de competência ou taxa de adesão na fase TCC foi aferida, sendo que a terapeuta foi solicitada a evitar focar no relacionamento terapêutico durante esta fase, o que não é uma característica da TCC. Assim, os autores sugerem que este estudo não seja utilizado para conclusões sobre a TCC. Finalmente, os categorizadores não foram cegos quanto às hipóteses do estudo, o que pode ter influenciado suas categorizações, embora os mesmos fossem cegos quanto à mudança de fase do estudo.

Segundo Busch e cols. (2009), categorizar sessões de psicoterapia no nível molecular permite um estudo preciso do processo terapêutico, sendo que os produtos deste tipo de estudo podem proporcionar aos terapeutas direções específicas de como responder efetivamente ao comportamento do cliente em sessão. Os autores assinalam a necessidade em continuar este esforço de pesquisa para investigar o mecanismo de mudança clínica da FAP. Tais pesquisas podem incluir desenhos de linha de base múltipla intra-sujeito nas quais o terapeuta responde ao comportamento do cliente em ordem sistemática ou um desenho A-B-B+C onde o “B” é o foco aumentado no relacionamento terapêutico e o “C” é a modelagem. Ainda, segundo os autores, embora o presente estudo tenha focado as respostas do terapeuta

de modelagem em sessão, a mesma aproximação pode ser aplicada a outras variáveis do processo terapêutico e hipóteses em teste de outras modalidades de terapia.

Além das referidas críticas ao estudo de Callaghan e cols. (2003) por Busch e cols. (2009), Busch e cols. (2010) acrescentam: a falta de critérios de categorização bem como a não distinção entre as classes funcionais de CRBs, o que, embora permita àqueles autores afirmar que o comportamento do cliente melhorou, não possibilita a delimitação de quais comportamentos melhoraram. Segundo Busch e cols. (2010), uma análise mais detalhada dos comportamentos agrupados em classes funcionais de resposta teria proporcionado uma melhor especificação do processo de mudança, bem como teria aumentado a utilidade clínica dos dados encontrados.

Assim, o estudo de Busch e cols. (2010) buscou replicar e ampliar os achados de Callaghan e cols. (2003), categorizando, com a escala FAPRS, um caso de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), tratado com sucesso com a FAP. Dentre seus objetivos, os autores pretendiam demonstrar a confiabilidade e a fidedignidade da transdução da escala em questão para outras pesquisas com categorizadores independentes; usar a LSA para medir a resposta contingente do terapeuta às classes funcionais distintas de CRBs e prover dados adicionais de estudo de caso relativos aos efeitos do responder contingente do terapeuta às respostas de clientes com distúrbios de personalidade.

A cliente deste estudo foi uma mulher caucasiana de 20 anos que preenchia os critérios para TPB e dizia-se deprimida (escore 18 no BDI pré-tratamento). Segundo os autores a cliente não apresentava autolesão, porém, seus relacionamentos interpessoais eram extremamente caóticos, com uniões excessivas e passageiras aos parceiros, estilo interpessoal caracterizado como socialmente aversivo, com procura de atenção inapropriada socialmente quando precisava de amparo e dificuldade para discriminar seu impacto em outras pessoas ou em aceitar *feedback* sobre esse impacto. A conceituação idiográfica do caso foi realizada no

início do tratamento com o objetivo de definir os CRBs da cliente, sendo que suas dificuldades interpessoais foram agrupadas em três classes funcionais: Asserções Ineficazes de Necessidades (INF – do inglês: Ineffective Need Assertion); Inabilidade para discriminar seus efeitos sobre outros ou em aceitar esses *feedbacks*; e comportamentos aversivos de distanciamento interpessoal. Durante o curso do tratamento, segundo Busch e cols. (2010), a cliente apresentou melhoras que incluíram melhoras no auto-cuidado, nas habilidades de comunicação, na identificação de emoções e em buscar a satisfação de suas necessidades por outros, sendo que o escore final do BDI foi “8” indicando depressão leve.

Foram realizadas 24 sessões com uso da FAP, de 50 minutos cada, sendo que a terapeuta foi uma estudante de graduação supervisionada pelo segundo autor. De acordo com os autores, todas as gravações com qualidade satisfatória de vídeo e áudio foram categorizadas, usando a FAPRS, totalizando o número de dez sessões. Os videoteipes foram transcritos e as falas da terapeuta e da cliente foram separadas *turns*, sendo que falas curtas, que não requeriam respostas por parte da outra integrante da díade, não foram marcadas como *turn* a ser categorizado. Estas transcrições, juntamente com as gravações em áudio e vídeo, foram usadas pelos categorizadores.

Os quatro categorizadores do estudo – três estudantes da graduação e um graduado, sendo dois com experiência em atendimento clínico – receberam treino de FAP durante um ano e treinamento em FAPRS, que consistiu em 100 horas de instruções didáticas, prática de categorização e discussão. Os autores assinalam que, uma vez que o sistema de categorias funcionais da FAPRS requer conhecimento dos princípios da FAP, os categorizadores não eram cegos à hipótese básica do estudo, isto é, de que a resposta contingente melhoraria os comportamentos do cliente em sessão.

Antes do início das categorizações, cada categorizador recebeu uma versão detalhada da conceituação do caso e foi permitido que fizessem perguntas a esse respeito. As

categorizações foram realizadas em duplas, nas quais um dos categorizadores tinha experiência em atendimento clínico. Durante as categorizações iniciais, os categorizadores não classificaram os CRBs por classes de resposta. Segundo os autores, isto se deu por dois motivos: estudos não publicados deram indícios de que os categorizadores foram incapazes de discriminar entre classes funcionais de CRBs durante a categorização e, segundo, por limitação de tempo, uma vez que a discriminação entre as classes funcionais aumentava consideravelmente o tempo de categorização. Então, após a categorização prévia de CRB, o primeiro autor e o categorizador graduado os classificaram em uma das três classes funcionais.

A Asserção Ineficaz de Necessidades (INA) foi a classe funcional de CRB mais freqüente nas falas do cliente, sendo que ocorreu em todas as sessões, enquanto as outras classes apareceram esporadicamente, o que restringiu as análises a esta classe funcional. Segundo os autores, a INA CRB1 teve uma porcentagem maior sobre o número total de *turns* durante a primeira metade do tratamento, sendo que mais INA CRB2 apareceram na segunda metade e, embora tenha havido significativa variabilidade na taxa de CRB2 durante o tratamento, comparada com o total de CRBs, esta taxa sofreu claro aumento ao longo das sessões. As taxas de O1 e O2 foram baixas e variáveis, sendo que não houve diferença em tais taxas durante a primeira e a segunda metade do tratamento. De acordo com a LSA, 54 (76.1%) dos 71 INA CRB1s foram seguidos por um TCRB1 no lag 1, 3 ou 5 e 21 (70.0%) dos 30 INA CRB2s foram seguidos por um TCRB2 no lag 1, 3 ou 5. De acordo com os autores, em Callaghan e cols. (2003) houve uma taxa de TCRB/CRB de aproximadamente 0.72, enquanto a taxa de TRCB/CRB deste estudo foi de 0.68, sugerindo similaridade entre as taxas de resposta.

Segundo Busch e cols. (2010) a ordem de CRB1 e CRB2 dentro de cada sessão tem implicações para a viabilidade da hipótese de modelagem em sessão pela FAP. De acordo

com os autores, se o terapeuta está modelando o comportamento de melhora do cliente em sessão, as primeiras sessões devem ser caracterizadas por CRB1s seguidos de CRB2s, sendo que repetidos CRB1s antes de CRB2s podem refletir uma irrupção característica de extinção, conforme o terapeuta bloqueia comportamentos previamente reforçados. Não obstante, nas últimas sessões, os CRB2s deveriam passar a ocorrer mais independentemente dos CRB1s. Os resultados mostraram que durante todas as sessões, os INA CRB1s ocorreram relativamente antes dos INA CRB2s sendo que quando o tratamento foi dividido em metades, esta diferença foi significativa para as primeiras sessões.

De acordo com Busch e cols. (2010) os resultados indicaram que a escala FAPRS é confiável e sua transdução é fidedigna, uma vez que juízes e categorizadores não familiares com o cliente e o terapeuta, baseados na conceituação de caso oferecida, foram capazes de identificar e categorizar de forma confiável os CRBs do cliente e as respostas contingentes do terapeuta aos CRBs. Os autores assinalam que dentro deste grupo de categorizadores, a categorização realizada em duplas foi mais confiável, o que sugere que pesquisas futuras devam usar categorizadores em pares.

Durante o curso da terapia, houve segundo os autores, um decréscimo geral no CRB1 e um aumento no CRB2, sendo que a taxa de INA CRB2 do total de INA CRB aumentou, o que dá evidências de que o tratamento serviu para aumentar a proporção de comportamentos de melhora. Busch e cols. (2010) assinalam que a FAP não prevê mudanças sutis sessão a sessão nos CRBs, uma vez que CRBs ocorrem por motivos variados. Por exemplo, eles podem ocorrer naturalmente ou ser evocados pelo terapeuta e, como a agenda das sessões para pacientes ambulatoriais é flexível, os assuntos são definidos entre terapeuta e cliente. Além disso, o terapeuta não segue fórmulas e regras rígidas, desta forma, não se deve esperar um número igual de CRBs entre as sessões.

A LSA sugeriu que o terapeuta respondeu de forma contingente à maioria dos CRBs dentro dos três *turns* possíveis. Segundo os autores, trata-se de um importante achado para o mecanismo de mudança clínica da FAP, embora não seja um resultado conclusivo. Além disso, os resultados são consistentes com a hipótese de que a resposta contingente do terapeuta mudou o comportamento do cliente, uma vez que a frequência da resposta contingente foi alta durante as sessões e o cliente melhorou significativamente (dado avaliado pelo BDI, relatos do cliente e do terapeuta e pela frequência de CRB). No entanto, os autores fazem a ressalva de que pode ter havido outras causas para tal mudança, sendo uma explicação alternativa a alta taxa de cuidado genuíno e expressão de empatia durante a FAP, que ocorre concomitantemente com a resposta contingente. Desta forma, existe a necessidade de que outros desenhos de pesquisa sejam desenvolvidos de modo a investigar tais causas.

As análises da ordem de ocorrência de CRB1 e CRB2 dentro das sessões sugeriram que o comportamento em sessão do cliente foi modelado pelo terapeuta respondendo ao longo das sessões. Durante as primeiras sessões, os CRB1s quase exclusivamente precederam os CRB2s. Isto sugere que, na maioria das sessões, o comportamento-problema foi inicialmente evocado e respondido de forma contingente pelo terapeuta. Este processo de modelagem resultou em mais comportamentos CRB2s nas últimas sessões.

No entanto, a tentativa em demonstrar melhoras para comportamentos fora do tratamento, categorizando os O1s e O2s, falhou, uma vez que estas categorias foram variáveis e ocorreram em baixos níveis. Assim, de acordo com os autores, embora o comportamento da cliente fora de sessão tenha provavelmente melhorado ao longo da terapia (ex. melhora no BDI), esta melhora não foi mensurada com sucesso pela análise a cada *turn*. Em comparação aos resultados do estudo de Callaghan e cols. (2003), no qual a baixa frequência também impediu a análise estatística de O1s e O2s, os autores sugerem que métodos alternativos

devem ser considerados para medir a generalização, podendo incluir auto-registros diários (Kanter & cols., 2006).

Embora represente uma melhora quanto às aplicações prévias da FAPRS, os autores identificam algumas limitações neste estudo. Primeiramente, a tentativa em demonstrar a generalização, categorizando as descrições em sessão de comportamentos de fora da sessão, falhou, limitando-se então aos auto-relatos de cliente e terapeuta. Além disso, embora os resultados estejam de acordo com a hipótese da FAP, este desenho de pesquisa não pode excluir outros mecanismos de mudança possíveis. Assim, pesquisas futuras poderiam ser beneficiadas pela incorporação de mais controles ao se implementar a FAP, tal como um desenho A-B, no qual a resposta contingente é suprimida inicialmente, ou com desenhos de linha de base múltipla inter-sujeitos, ou de classes de resposta.

Porém, os dados desse estudo vieram estabelecer a utilidade da escala FAPRS em documentar o processo da FAP, em um nível de análise molecular, sendo que estes achados sugerem que o responder contingente do terapeuta ao responder do cliente seja relevante para promover mudanças clínicas em sessão. Mais amplamente, os resultados indicam que o mecanismo de mudança clínica pode ser examinado em um nível molecular e indicam também a viabilidade da LSA para a análise dos *turns*. Os autores ainda notam que este estudo focou na hipótese da FAP, porém, sistemas similares de categorização poderiam ser desenvolvidos e colocados em prática em outros desenhos de pesquisa, para investigar o micro-processo de outras modalidades terapêuticas.

É possível perceber que as pesquisas aqui descritas têm focado na tarefa de produzir dados sobre a efetividade da FAP, valendo-se da escala FAPRS, tendo o comportamento do cliente como variável dependente (Callaghan & cols. 2003; Kanter & cols. 2006; Busch & cols. 2009; Callaghan & cols. 2008; Busch & cols. 2010). É clara a relevância de tais pesquisas e, assim como assinalado por Callaghan e cols. (2008), sobre seu próprio estudo,

representam o início do refinamento das medidas observacionais da FAP e de estudos que busquem produzir dados sobre a validade do mecanismo de mudança clínica proposto pela FAP.

De acordo com Busch e cols. (2009), a categorização molecular de sessões terapêuticas leva ao estudo preciso do processo psicoterapêutico e produz dados que indicam aos terapeutas como responder de forma efetiva ao comportamento do cliente em sessão.

Além disso, as pesquisas já realizadas indicam a necessidade da realização de outros desenhos de pesquisa (Kanter & cols. 2006; Busch & cols. 2010) sendo que contribuem muito para indicar às pesquisas futuras métodos com mais chances de sucesso. Por exemplo, a categorização em duplas, nas quais ao menos um integrante tenha experiência clínica (Busch & cols., 2009; Busch & cols., 2010), a necessidade de que a fase de estabelecimento de vínculo e conceituação de caso tenha duração suficiente a fim de passar a evocar CRBs (Busch & cols., 2009), a categorização de múltiplos clientes para resultados mais conclusivos e menos dependentes de idiossincrasias de determinados clientes ou díades terapêuticas (Busch & cols., 2009) e a necessidade de mais controles nos desenhos de pesquisa, não só com categorizações de linha de base múltipla inter-sujeitos, mas também inter-classes de resposta (Busch & cols., 2010).

A LSA também teve sua utilidade sugerida por Busch e cols. (2010), cuja pesquisa mostrou sua ajuda na análise de sentenças para o estudo do mecanismo de mudança clínica, sendo capaz de indicar se o terapeuta respondeu de forma contingente aos CRBs. O estudo de tais autores ainda produziu dados sobre a confiabilidade e fidedignidade da transdução da escala FAPRS para a categorização, não só dos CRBs dos clientes, mas também das respostas contingentes do terapeuta aos CRBs.

Assim, de acordo com Callaghan e cols. (2003), é possível também fazer uso da FAPRS para estudar as mudanças no comportamento do terapeuta ao longo de uma terapia ou

ao longo de seu treino, sendo que os autores assinalam a escassez de tais dados no campo da psicologia clínica. Callaghan e cols. (2008) relatam o uso da escala FAPRS no treino teórico e prático de terapeutas FAP em um esforço para aperfeiçoar tal treino. Segundo os autores, a FAPRS tem sido usada para ensinar os terapeutas a identificar corretamente suas próprias intervenções, bem como os comportamentos importantes dos clientes que atendem.

Assim, pretende-se neste trabalho, fazer uso de tais dados de forma a estudar se uma intervenção pontual sobre o comportamento do terapeuta, durante o curso de um atendimento, fazendo uso de categorizações a partir da escala FAPRS, pode influenciar seu comportamento de evocar CRBs bem como de responder de forma contingente aos CRBs de seu cliente. Ou seja, a apresentação de feedback ao terapeuta de sessões que ele realizara, categorizadas com a escala FAPRS, pode aumentar a evocação e consequenciação de CRBs nesse processo terapêutico? Tal apresentação de *feedback* ao terapeuta teria impacto sobre seu comportamento de evocar e responder aos CRBs de seu cliente?

Portanto, o objetivo desse estudo consistiu em analisar, na evolução de um atendimento terapêutico, se o feedback com categorizações das sessões, a partir da FAPRS, ao terapeuta que conduziu tais sessões foi capaz de produzir um aumento em seu comportamento de evocar CRBs (categorizado como ECRB), bem como de responder de forma contingente e efetiva ao comportamento de seu cliente (categorizado como TCRB).

Para isso foi realizado um estudo de delineamento quase-experimental de caso único de reversão ABA' com uma díade terapeuta/cliente e uma replicação com outra díade terapeuta/cliente. A escala FAPRS foi utilizada na categorização das sessões e na intervenção com as terapeutas participantes da pesquisa. Optou-se por selecionar terapeutas iniciantes, de modo que as mesmas já tivessem em seu repertório comportamental a habilidade de evocar e responder de forma contingente aos CRBs de seus clientes, mas que essa habilidade não estivesse totalmente desenvolvida. Tinha-se como hipóteses que as categorias ECRB e TCRB

aumentariam na fase de intervenção e, na fase de reversão, se manteriam elevadas em relação à fase de linha de base.

MÉTODO

O método consistiu em um delineamento quase-experimental de caso único de reversão ABA' com uma díade terapeuta/cliente e replicação com outra díade.

Participantes

As participantes desse estudo foram duas terapeutas iniciantes e duas clientes.

Terapeutas

Participaram desse estudo duas terapeutas iniciantes cujas práticas clínicas eram fundamentadas nos princípios conceituais do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner. Ambas tinham formação em Psicoterapia Analítica Comportamental tendo cumprido os créditos e sido aprovadas na disciplina “Psicologia e Saúde IIB” do quarto ano do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná, a qual tem em sua ementa o estudo da FAP. Além disso, uma das terapeutas havia cumprido o estágio de atendimento clínico em FAP durante o quinto ano de sua graduação na mesma universidade e, a outra terapeuta, estava cumprindo tal estágio. Estes critérios de seleção das terapeutas foram seguidos para que as participantes tivessem em seu repertório comportamental habilidades mínimas de evocação de CRBs e de responder contingente aos CRBs. Dessa forma seria possível que estes comportamentos (categorizados como ECRB e TCRB) estivessem presentes na fase de Linha de Base, mas sendo as terapeutas psicólogas iniciantes (menos de 1 ano de formação) esta habilidade provavelmente poderia ser melhorada a partir da intervenção programada para esta pesquisa. Inicialmente buscou-se por terapeutas formadas no ano de 2010 pela Universidade Federal do Paraná. No entanto, de seis ex-alunas que preenchiam os critérios e que foram contatadas, somente uma aceitou participar da pesquisa. Assim, a segunda terapeuta foi selecionada do quinto ano do curso de psicologia da mesma universidade.

A terapeuta Natália² estava formada há aproximadamente sete meses pela Universidade Federal do Paraná quando foi iniciada a coleta de dados dessa pesquisa. Já a terapeuta Helena estava cumprindo o quinto ano do curso de psicologia da mesma universidade. A Tabela 1 apresenta a caracterização das terapeutas no que diz respeito à idade, sexo e grau de formação na época da coleta de dados.

Identificação	Idade	Sexo	Grau de formação como Psicóloga
Natália	23 anos	F	Formada há sete meses
Helena	23 anos	F	Cumprindo o último ano da graduação em Psicologia

Tabela 1 - Caracterização das Terapeutas

Clientes

Participaram desse estudo duas clientes que foram selecionadas a partir da lista de espera para atendimento no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná. As clientes foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: 1. Ser do sexo feminino; 2. Ter idade igual ou superior a 18 anos; 3. Relatar dificuldades interpessoais na entrevista de triagem realizada pela pesquisadora, uma vez que isso indicaria a adequação da aplicação da FAP neste caso; 4. Responder ao instrumento BDI e apresentar escore indicativo de depressão abaixo do nível “grave”, este critério foi adotado para evitar que as participantes desse estudo configurassem uma população de risco, já que as terapeutas não receberiam supervisão nas fases de “Linha de Base” e “Reversão”; 5. Responder ao instrumento Inventário de Habilidades Sociais (IHS; Del Prette & Del Prette, 2001) de forma a mensurar suas habilidades sociais antes da realização do estudo.

² Foram utilizados nomes fictícios ao descrever as participantes desse estudo (terapeutas e clientes)

A cliente Taís foi atendida pela terapeuta Natália. Na entrevista de triagem Taís disse ter buscado atendimento por sentir muito medo, segundo ela, tanto de pessoas como de lugares e algumas situações. Durante a fase de conceituação de caso e formação de vínculo foi possível perceber que Taís sentia medo e ficava ansiosa ou brava diante de situações sobre as quais não tinha controle, como se envolver afetivamente com alguém e não ser correspondida. Assim, Taís apresentava classes de respostas de controle e de esquiva de envolvimento afetivo. O instrumento BDI aplicado antes do início do tratamento apontou “depressão mínima” (score 9) e o instrumento IHS apontou indicação para treino de habilidades sociais quando o déficit de tais habilidades se torna fonte de problemas (score 72). A descrição completa da conceituação de caso da cliente Taís pode ser lida no Anexo VII.

Já cliente Débora foi atendida pela terapeuta Helena. Débora relatou ter procurado atendimento por não conseguir se recuperar emocionalmente em relação ao falecimento de sua mãe, ocorrido um ano antes da entrevista de triagem, sendo que depois disso Débora mudou de cidade para não continuar na mesma casa em que morava com a mãe. Disse ter como objetivo estabilizar suas emoções e avaliar se estava acontecendo algum bloqueio em relação a se aproximar de outras pessoas, já que após um ano na nova cidade não se sentia próxima de ninguém. Após a fase de conceituação de caso foi possível perceber que a mãe de Débora era sua principal fonte de reforço social, sendo que Débora apresentava déficits de repertório de aproximação e envolvimento e, apesar de ter algum repertório desse tipo, preferia não se envolver novamente com outras pessoas para evitar sofrer uma nova perda (por falecimento ou outro motivo). Os instrumentos BDI e IHS aplicados durante a entrevista de triagem indicaram, respectivamente, “depressão leve” (score 15) e indicação para treino de habilidades sociais quando o déficit de tais habilidades se torna fonte de problemas (score 78). A conceituação completa desse caso pode ser lida no Anexo VIII.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das clientes quanto à idade, sexo e escolaridade.

Identificação	Idade	Sexo	Escolaridade
Taís	25 anos	F	Superior Completo
Débora	25 anos	F	Pós-Graduação Incompleta

Tabela 2 – Caracterização das Clientes

Colaboradoras

Este estudo contou com duas colaboradoras, alunas do quinto ano do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná, que realizaram a categorização das sessões coletadas durante essa pesquisa. As colaboradoras foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: 1. Responder ao convite de participação na pesquisa; 2. Ter cumprido os créditos e ter sido aprovada na disciplina “Psicologia e saúde IIB”, do quarto ano em psicologia da universidade em questão, a qual tem em sua ementa o estudo da FAP; 3. Estar cumprindo o estágio de atendimento clínico em FAP durante o quinto ano de sua graduação. Tais cuidados foram tomados uma vez que essas colaboradoras fariam a categorização das sessões de acordo com a escala FAPRS e, assim, precisavam ter conhecimento mínimo sobre a FAP. Além disso, os estudos nessa área têm demonstrado que categorizações em duplas, nas quais ao menos um integrante tenha experiência clínica foram mais confiáveis (Busch & cols., 2009; Busch & cols., 2010). Assim, ao selecionar alunas do quinto ano que estivessem cumprindo o estágio de atendimento clínico em FAP, foi garantido que essas colaboradoras tivessem alguma experiência neste tipo de atendimento.

A seleção das participantes e das colaboradoras dessa pesquisa foi realizada pela pesquisadora, que também realizou a transcrição das sessões e as intervenções com as terapeutas. O treinamento das categorizadoras na escala de categorização FAPRS foi

realizado pela pesquisadora em conjunto com outra aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Instrumentos

Para a conceituação dos casos que foram atendidos no decorrer da pesquisa, foi utilizado um roteiro para conceituação de caso como sugerido por Tsai e cols. (2009), conforme Anexo V. O roteiro, de acordo com os autores, é um resumo breve de variáveis históricas relevantes, comportamentos fora de sessão que sejam problemas ou objetivos para o cliente, variáveis ambientais que mantenham tais problemas, habilidades do cliente, seus CRBs 1 e 2, as intervenções planejadas pelo terapeuta para a terapia bem como comportamentos do terapeuta que possam se configurar como problemas ou metas.

Foram utilizados também os instrumentos BDI e IHS para avaliação pré e pós-tratamento dos clientes participantes desta pesquisa. Esses instrumentos não foram incluídos na sessão anexos por serem bastante conhecidos e de utilização restrita a psicólogos.

O BDI é um instrumento que se propõe a medir a intensidade da depressão do indivíduo respondente. Trata-se de uma escala de auto-relato, composta de 21 itens, os quais possuem quatro alternativas de resposta que subentendem graus crescentes de gravidade da depressão. Pede-se ao respondente que assinale a alternativa que melhor descreve a maneira como tem se sentido na última semana, incluindo o dia de aplicação do BDI. O escore total é resultado das somas dos escores individuais dos itens (que variam de 0 a 3), sendo que permite a classificação nos seguintes níveis de intensidade da depressão: mínima, leve, moderada e grave (Cunha, 2001).

O IHS é um instrumento que se propõe a avaliar o desempenho social de jovens no final da adolescência e de adultos em diferentes situações, como trabalho e família, por exemplo. É composto de 38 itens que apresentam situações de interações sociais e possíveis

reações da pessoa a tais situações. É pedido ao respondente que, considerando o número de vezes que se deparou com essas situações, faça uma estimativa da frequência com que reagiu da forma indicada no item (a escala do tipo Likert varia de “nunca ou raramente” a “sempre ou quase sempre”, passando por “com pouca frequência”, “frequência regular” e “muito frequentemente”). Caso o respondente não tenha passado por alguma das situações, pede-se que imagine como reagiria à mesma. As respostas são apuradas em termos dos escores total e fatoriais, assim como é possível analisar a posição do respondente em itens específicos de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2001).

Para a categorização das sessões, foi utilizado a escala de categorização FAPRS (Anexo IV), descrita anteriormente no item “Introdução” desse estudo.

Materiais

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes materiais:

- Uma filmadora Digital Samsung SMX C-200;
- Um notebook Dell Inspiron B120;
- 1 Impressora HP Deskjet D1560;
- 1 HD Externo da marca WD com capacidade de 120 GB;
- Softwares Microsoft Word e Excel;
- Programa Media Player Classic;
- 2 Sessões piloto gravadas áudio-visualmente e transcritas, utilizadas para a realização do treino dos categorizadores;
- 32 Sessões gravadas áudio-visualmente, sendo que 24 (12 de cada díade terapeuta/cliente) foram transcritas e categorizadas.

Local

A coleta de dados dessa pesquisa incluindo atendimentos, categorizações e as intervenções realizadas com as terapeutas foram realizadas em uma sala de atendimento clínico do Centro de Psicologia Aplicada, clínica-escola da Universidade Federal do Paraná. A sala continha um espelho unidirecional, uma mesa e duas poltronas, sendo que a filmadora ficava visível à terapeuta e à cliente durante a realização dos atendimentos (Anexo VI). As transcrições foram realizadas na residência da pesquisadora. As análises de dados foram realizadas parcialmente na residência da pesquisadora e no Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da Universidade Federal do Paraná.

Procedimentos

Fase Preliminar

Foi realizado um grupo de estudos pela pesquisadora e sua supervisora, juntamente com outros participantes do curso de pós-graduação em psicologia da universidade em questão, de forma a estudar e entender a escala de categorização FAPRS.

Também foi realizada a calibragem deste instrumento. A partir de uma sessão piloto gravada em áudio e vídeo, bem como de sua transcrição, três categorizadores (estudantes da pós-graduação em psicologia) categorizaram a interação da díade terapêutica de acordo com a conceituação do caso elaborada pela terapeuta e segundo as categorias da escala FAPRS.

Seleção das Participantes e das Colaboradoras

A seleção das participantes foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o número 955.080.10.07.

Tendo sido garantido os critérios de inclusão das terapeutas, a pesquisadora fez o primeiro contato por telefone com ex-alunas do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná, que haviam colado grau em 2010, de forma a convidá-las a participar da pesquisa e lhes informar sobre no que consistiriam suas participações: 1. Realizar 16 sessões psicoterapêuticas de acordo com a FAP, com uma cliente da clínica-escola da universidade em questão; 2. Permitir a gravação audiovisual de tais sessões; 3. Concordar em não receber supervisão durante tais sessões e 4. Concordar em participar da intervenção a ser realizada pela pesquisadora na fase de intervenção. As terapeutas foram informadas ainda que, assim como suas clientes, teriam suas identidades preservadas e liberdade para desistir de suas participações na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus ou punição. Apenas uma das ex-alunas contatadas (no total seis) aceitou participar. Desta forma o convite também foi feito a uma aluna do quinto ano do curso de psicologia da mesma universidade, que também aceitou participar da pesquisa. Foi então realizada a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

A pesquisadora, então, realizou a seleção das clientes. A partir da lista de espera para atendimento no Centro de Psicologia Aplicada, foram garantidos os dois primeiros critérios de inclusão na pesquisa (idade e sexo). Garantidos tais critérios, a pesquisadora fez contato telefônico com as possíveis clientes de forma a convidá-las a participar da seleção para uma pesquisa e agendar uma entrevista de triagem, na qual também seriam aplicados os instrumentos BDI e IHS e as clientes informadas sobre os objetivos da pesquisa.

Quatro clientes compareceram à entrevista de triagem e apenas duas preencheram os demais critérios de participação na pesquisa (escore BDI abaixo de “grave” e relatar dificuldades interpessoais na entrevista de triagem). Estas clientes foram então selecionadas e as outras duas clientes que participaram da seleção foram encaminhadas para atendimento com alunos do quinto ano do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná. As

clientes selecionadas foram informadas sobre no que consistiriam suas participações: Autorizar a gravação audiovisual de 16 sessões de seu tratamento. Também foram informadas que suas identidades seriam preservadas e que teriam liberdade para desistir de suas participações na pesquisa a qualquer momento, sem ônus ou punição. A pesquisadora fez ainda um contrato com a cliente de modo que, após as 16 sessões necessárias à pesquisa, a cliente deveria combinar com a terapeuta participante do estudo seu encaminhamento para a clínica particular da mesma, de acordo com os critérios de encaminhamento particular do Centro de Psicologia Aplicada, o qual prevê que o custo do atendimento seja firmado em um valor entre zero e vinte reais no máximo por sessão. Caso não fosse possível um acordo entre as partes, seria garantida a continuação do tratamento na mesma clínica-escola, por outro terapeuta. Como as clientes estavam de acordo, foi realizada a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Ainda nesta fase foram selecionadas também as colaboradoras da presente pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão estipulados. As colaboradoras foram informadas sobre no que consistiriam suas participações, ou seja, de que seriam encarregadas das categorizações das sessões coletadas. Foram informadas ainda que teriam de participar do treinamento a ser realizado pela pesquisadora sobre o instrumento FAPRS. Como as colaboradoras estavam de acordo, foi realizada a leitura e assinatura dos Termos de Compromisso (anexo III) e dado início ao treinamento das mesmas, descrito a seguir.

Treinamento das Colaboradoras

O treinamento das categorizadoras foi realizado por duas alunas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, sendo uma delas a pesquisadora desse estudo. Participaram também desse treinamento outros dois alunos do quinto ano de psicologia (um do sexo feminino e outro do sexo masculino) que seriam colaboradores de

outra pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

O treinamento consistiu em doze encontros de três horas cada, totalizando 36 horas de treinamento. No primeiro encontro foi realizada a leitura e discussão de um artigo que utilizou a escala FAPRS na categorização de sessões de FAP, de modo que os categorizadores fossem apresentados à escala FAPRS e entendessem como seriam suas participações nas pesquisas. Nos cinco encontros seguintes foi realizada a leitura e discussão do Manual FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), previamente traduzido pelas instrutoras do treinamento.

Durante os quatro encontros seguintes os colaboradores categorizaram uma sessão piloto, previamente categorizada pelas instrutoras, sendo que foi realizada a modelagem do comportamento de categorização dos colaboradores, ou seja, os categorizadores eram corrigidos quando colocavam códigos inadequados nos *turns* que estavam categorizando.

Nos dois últimos encontros os colaboradores categorizaram outra sessão piloto, também previamente categorizada pelas instrutoras, no entanto, sem a intervenção das mesmas dessa vez, de modo que a categorização realizada pelos colaboradores pudesse ser comparada com a realizada pelas instrutoras, possibilitando calcular o índice de concordância entre os categorizadores e as instrutoras.

Para calcular o índice de concordância foi utilizado o coeficiente de concordância conhecido como *kappa* (*k*; Cohen, 1960), considerado um índice confiável, que tem sido amplamente utilizado, por corrigir as concordâncias que acontecem por acaso (Bryington, Palmer & Watkins, 2002).

Para calcular o coeficiente desconsiderando os valores ao acaso usa-se a seguinte fórmula:

$$k = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

Onde P_o é a proporção de concordância observada e P_e a proporção esperada de concordância ao acaso, sendo que o numerador é a diferença entre a concordância real e a esperada ao acaso.

O teste de concordância entre as colaboradoras participantes dessa pesquisa e o gabarito elaborado pelas instrutoras, na situação de treino, obteve coeficientes kappa acima de 0.65, índice considerado aceitável pela literatura (Busch & cols 2009, Busch, 2010).

Antes de dar início à categorização das sessões de psicoterapia coletadas para esta pesquisa, a pesquisadora realizou ainda, com as categorizadoras, a leitura e discussão das conceituações dos casos a serem categorizados pelas mesmas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da gravação audiovisual de 32 sessões (sendo 16 para cada díade terapeuta/cliente), realizadas semanalmente pelas terapeutas participantes da pesquisa, com duração de 50 minutos cada. Embora as sessões tenham sido gravadas em sua íntegra (50 minutos), foram transcritos e categorizados vinte minutos de cada sessão, de forma a coletar uma amostra do tratamento e minimizar a categorização de falas destinadas à facilitação da conversação, como apresentação, por exemplo. Assim, contando a partir do início da sessão, depois de decorridos vinte minutos da mesma, os próximos vinte minutos foram transcritos e categorizados.

As primeiras quatro sessões terapêuticas de cada díade foram destinadas à conceituação de caso e formação de vínculo entre a terapeuta e sua cliente, sendo que os dados audiovisuais coletados nesta fase não foram transcritos nem categorizados. Durante todas as fases dessa pesquisa as sessões terapêuticas foram acompanhadas via material audiovisual pela pesquisadora do estudo, de forma a supervisionar a condução das sessões pelas terapeutas e intervir, caso tal condução pudesse proporcionar algum risco ou dano às

clientes. Ao fim das quatro primeiras sessões, as terapeutas deveriam elaborar a conceituação do caso de seus clientes conforme Anexo V e entregar para a pesquisadora. Tal medida possibilitaria a categorização adequada das sessões. No entanto, ambas as terapeutas atrasaram a elaboração e entrega da conceituação de caso para a pesquisadora, o que aconteceu entre a quinta e sexta sessão de cada atendimento. A pesquisadora, a partir do material audiovisual, também elaborou uma conceituação dos casos em atendimento. Caso houvesse discordância entre a conceituação de caso elaborada pela pesquisadora e a conceituação elaborada por qualquer das terapeutas, a pesquisadora e a terapeuta em questão deveriam se reunir de forma a discutir os pontos de divergência e elaborar uma conceituação comum do caso. Isso não foi necessário, uma vez que não houve divergências entre as conceituações realizadas pela pesquisadora e pelas terapeutas, sendo que a pesquisadora apenas complementou a conceituação de caso realizada pelas terapeutas com o assentimento das mesmas. A partir da quinta sessão de cada díade, as sessões passaram a ser transcritas e categorizadas, pois fariam parte da análise de dados desse estudo. As fases desse estudo estão descritas abaixo:

A. Linha de Base

Encerrada a fase de conceituação de caso e formação de vínculo, foi dado início à fase de coleta de dados de linha de base, correspondente à Fase A, que consistiu na gravação audiovisual de cinco sessões terapêuticas (da 5ª até a 9ª sessão). Nesta fase os dados audiovisuais foram transcritos e categorizados, possibilitando, assim, a mensuração das taxas de base dos comportamentos de interesse, sendo que essas categorizações também serviram de base para a intervenção que foi realizada com as terapeutas na fase de intervenção descrita a seguir.

B. Intervenção

A Intervenção corresponde à Fase B desse estudo, durante a qual a pesquisadora realizou quatro sessões de intervenção com cada terapeuta participante, em sessões individuais. Tais sessões tiveram uma hora de duração e foram realizadas semanalmente, uma hora antes da próxima sessão da terapeuta com sua cliente. Dessa forma, as intervenções com as terapeutas foram realizadas uma hora antes das sessões 10, 11, 12 e 13 de cada cliente. No entanto, (devido a problemas particulares) a terapeuta Helena não pôde comparecer à quarta sessão de intervenção, que foi então realizada um dia antes do próximo atendimento de sua cliente (correspondente à 13ª sessão). As sessões de intervenção foram divididas da seguinte forma:

- Sessão 1: Nesta sessão, realizada antes da 10ª sessão de cada díade terapeuta/cliente, a escala FAPRS foi apresentada às terapeutas, que não a conheciam, sendo que a pesquisadora explicou o que significava cada categoria e a discutiu com as terapeutas, relacionando com as conceituações de caso realizadas pelas mesmas sobre suas clientes.

- Sessão 2: Nesta sessão, realizada antes da 11ª sessão de cada díade terapeuta/cliente, foram apresentadas às terapeutas, com uso de material impresso, as transcrições e categorizações dos trechos de vinte minutos das sessões 5 e 6 da Fase A (Linha de Base). Durante a intervenção com a terapeuta, a pesquisadora apontou quando a terapeuta foi capaz de evocar e responder de forma contingente ao comportamento de sua cliente, bem como quando seu comportamento foi categorizado como inefetivo. Neste caso, a pesquisadora deu exemplos de como a terapeuta poderia ter se comportado de forma que seu comportamento fosse categorizado como efetivo.

- Sessão 3: Nesta sessão, realizada antes da 12ª sessão de cada díade terapeuta/cliente, foram apresentadas às terapeutas, com uso de material impresso, as transcrições e categorizações dos trechos de vinte minutos das sessões 7 e 8 da Fase A (Linha de Base). A pesquisadora usou esses trechos para mostrar às terapeutas seus comportamentos efetivos e inefetivos que aconteceram nesses trechos, sendo que os comportamentos categorizados como inefetivos foram seguidos de exemplos de comportamento alternativo.

- Sessão 4: Nesta sessão, realizada antes da 13ª sessão de cada díade terapeuta/cliente, foram apresentadas às terapeutas, com uso de material impresso, as transcrições e categorizações dos trechos de vinte minutos das sessões 9 da Fase A (Linha de Base) e 10 da Fase B (Intervenção). Nesta sessão de intervenção a pesquisadora também apontou para as terapeutas quais de seus comportamentos emitidos nesses trechos foram categorizados como efetivos e inefetivos, oferecendo exemplos de respostas efetivas nesse último caso.

Exemplos de intervenção:

No trecho abaixo, retirado da quinta sessão da díade Natália/Taís, a pesquisadora apontou para a terapeuta um comportamento efetivo categorizado como ECRB2 e um comportamento inefetivo, categorizado como M2, que serviu para evocar o relato de um comportamento-problema ocorrido fora da sessão terapêutica (O1). Neste caso, a terapeuta foi orientada a explorar o CRB2 da cliente, de forma a ampliar e refinar essa classe de comportamento:

T: eu acho assim Taís, diante dessas situações que você tá me falando, que você sente esse medo, tem essa resistência, você tem... duas opções, você pode... que eu acho que você talvez até já tenha feito em alguns outros relacionamentos da tua vida, você pode tentar até fugir um pouco delas... então... ‘não vou sair...’ ‘não vou lá...’ ‘ah não, tá chato...’ ou então... o que você pode fazer? (ECRB2)

C: é tentar... pelo menos tentar né... (CRB2)

T: aham... quando você saiu com ele a primeira vez, como que foi? (M2)

C: ah eu tava com medo! Tava... porque... quando ele falou assim, eu ache... ele falou assim “então vamos sair na sexta” eu achei ‘nossa! Que espontâneo dele né!’ quando ele falou a primeira vez... aí eu... me arrumei assim meio que pensando ‘acho que ele não vem...’ né... ‘acho que ele vai me dar uns... vai me dar o cano...’ né... ou vai dar errado... assim, ou a gente vai num lugar chato... pensei um monte de coisa... (O1)

Em outro trecho, retirado da sessão 6 da mesma díade, a terapeuta emite comportamentos efetivos, tanto de ECRB, quanto de TCRB, também apontados pela pesquisadora durante a intervenção:

T: aham... que que você acha que você pode fazer diferente no sentido assim de, a longo prazo você criar situações que, relacionamentos, melhores, relacionamentos mais profundos, com um envolvimento maior, que possam fazer com que você se sinta menos sozinha diante das situações, que você se sinta amparada com relacionamentos saudáveis... (ECRB2)

C: autoconfiança talvez... eu acho... né o meu medo de... de achar que todo mundo vai sair de perto, sabe... perder esse medo... mais eu não sei, nem por onde começar... porque é difícil sabe, porque, boa parte da minha vida foi assim... então pra mudar eu tenho que perder o medo e ser mais confiante... (CRB2)

T: eu acho que o primeiro passo você já ta dando sabe Taís, que é... entender o porque! Eu acho que entender é muito difícil... eu sinto que em alguns momentos, falar dessas situações, principalmente em relação à tua mãe, ao teu pai, desse, dessa tua adolescência, dessas coisas que aconteceram, desses abandonos, acho que... até constantes, é muito difícil! Sabe... eu acho que esse é um primeiro passo... enfrentar essas situações, até o próprio falar é muito difícil... muitas vezes aqui comigo... (TCRB2)

C: é ficou, ficou muito tempo guardado, sabe, quase dez anos... (CRB2)

T: eu acho que em algumas situações até expor pra mim até... eu sinto que até se envolver nessa situação da terapia comigo diante desses assuntos é muito difícil, eu acho que quando você fala, já é um primeiro passo! (TCRB2)

C: é porque... é foi bem difícil! Deixa eu pegar um lençinho... é bem difícil de falar... bem difícil mesmo! ... que também... ficou muito tempo assim... fiquei muitos anos sem tocar nesse assunto... sabe... queria esquecer isso, mas não tem como... (CRB2)

T: esquecer não dá sabe Taís, porque... é uma coisa que aconteceu, é uma parte da tua história, tá aí com você sabe, bom se a gente pudesse mudar... mas a gente não pode... mas aí acho que existe forma de você pegar isso que aconteceu, e a dificuldade é reviver essa situação aqui na terapia sabe porque você vai ter que se expor, mas ao reviver essa situação, ao me contar, quando a gente começa a falar sobre isso, você pode pensar as situações de outra forma para a partir daí você começar a fazer diferente nos seus próprios relacionamentos e construir relacionamentos mais profundos mesmo sabe mais, é... que você consiga se entregar nessas relações... /// C: aham... /// sabe... porque eu acho que de certa forma, aconteceu! Sabe, e... é difícil, eu acho que foi difícil de uma forma que, às vezes é difícil pra mim imaginar como foi passar por aquilo tudo sozinha sabe Taís e... e eu acho que... mas eu acho que quando você me conta, as coisas ficam muito mais fáceis de entender e eu me sinto muito mais próxima de você quando você me conta, no sentido assim, quando você chora, quando eu vejo como é difícil... entende? Eu acho que esse sentimento que eu tenho quando você se expõe dessa forma pra mim, talvez aconteça com os outros relacionamentos lá fora... se você se expor... que que você acha disso? (TCRB2)

Em relação à díade Helena/Débora, o trecho a seguir foi retirado da oitava sessão:

C: pois é, não, mas não é porque eu quero! Entendeu? Vamos supor que nem... tem lá as meninas de São Paulo, que querendo ou não estão lá! Não deixa de ser uma perda! Né que daí a gente fala por telefone que não sei o que e tal... é muito bacana porque hora que eu falo 'ai como fiquei feliz de falar com você e não sei o que sabe...' /// T: sim /// então é aquela coisa bem calorosa, e que culturalmente

não é assim aqui! Né então tem essa questão também, se eu for muuuuito... eu não posso ir tão aberta... tão expansiva entendeu... que aqui é mais... mais calmo... não grita... e eu sou mais espalhafatosa assim, entendeu? Então eu acho que tem... acho que ainda pega um pouco essa questão da... da perda... tanto que eu brinco falo 'próximo estado que eu vou morar vai ser em Minas', daí a pessoa 'porque?' 'ah porque eu escolhi Minas! Minas é mais quente... não sei... vou pra lá!' 'quando?' 'não sei quando... um dia vou pra lá...' (CRB1)

T: uma coisa meio nômade... (M1)

C: é... sabe assim... não tem o que falar fala qualquer besteira... e quem sabe um dia eu vou mesmo e não fico passando frio aqui... (CRB1)

T: é de todos os lugares que você podia ir você veio pra mais frio... (M1)

Neste caso, a cliente emitiu um comportamento-problema em sessão ao dizer que a cultura da cidade dificulta sua aproximação às outras pessoas e que ela pretende mudar novamente de cidade. Foi apontado à terapeuta que ao comentar a fala de sua cliente da forma como o fez, ela poderia reforçar o CRB1, hipótese confirmada no próximo *turn* da cliente, no qual ela mantém sua fala superficial e respostas de esquiva de envolvimento afetivo.

Em outro trecho, retirado da 10ª sessão dessa mesma díade, a terapeuta emite dois comportamentos efetivos. Primeiramente evoca um CRB da cliente, que emite um comportamento de melhora ao se expor para a terapeuta e falar sobre seus sentimentos e, no *turn* seguinte, a terapeuta responde de forma contingente:

T: mas você se sentia assim antes da sua mãe morrer? (ECRB2)

C: olha se eu sentia eu não lembro... nunca parei pra pensar... eu acho que não porque... assim é... com a minha mãe eu me sentia... muito amada! Sabe talvez esse seja o problema, tanto que eu brincava com ela que tudo ia ser com ela mesmo, então se fosse pra brigar ia ser com ela, se fosse pra dar carinho ia ser com ela... mas daí meio que a gente conversava assim, meio que conversa boba assim 'não adianta, não tem pai, então você ficou com tudo, com as broncas, com os elogios...' né... meio que brincava assim... e acho que aconteceu muito isso

mesmo, de ta tudo ali entre eu e ela, acho que a ligação é muito forte... então... de repente agora... acho que por isso que eu fico meio perdida vamos dizer assim no mundo porque num, num encontrei a essência Débora, Débora em si... né... só tinha a Débora filha da dona Elza... nesse sentido... (CRB2)

T: daí você coloca uma coisa bem... importante... que parece que agora surgiu assim... é... você vivia... a sua mãe, obviamente, ocupava um espaço muito grande na sua vida... e parece que a ausência dela... ficou só uma ausência, parece que você vive em função da ausência da sua mãe... (TCRB2)

C. Reversão

Encerrada a fase de Intervenção, as terapeutas realizaram mais três sessões com suas clientes, antes das quais não houve mais intervenção realizada pela pesquisadora, o que configura a remoção da variável da Fase B. Supostamente não haveria condição idêntica à Fase A, por essa razão, esta Fase foi chamada de A'. Tais sessões foram também gravadas e categorizadas, de modo a coletar os dados da fase de reversão. Esperava-se que, nesta fase, os comportamentos da terapeuta de evocar CRBs e de responder de forma contingente aos CRBs da cliente tivessem aumentado e se mantivessem elevados em relação à fase de linha de base.

Análise de dados

A pesquisadora foi responsável pela transcrição das sessões e a separação das transcrições em *turns*, de forma que os categorizadores pudessem categorizar as mesmas falas. Os *turns*, unidade de análise dessa pesquisa, foram delimitados pela fala anterior e posterior do outro membro da díade terapêutica, sendo que expressões de facilitação de conversação com uma ou duas palavras como “aham” e “eu sei” não configuraram *turns* independentes, sendo incorporados no *turn* anterior do outro membro da díade, como no exemplo abaixo:

C: pois é, não, mas não é porque eu quero! Entendeu? Vamos supor que nem... tem lá as meninas de São Paulo, que querendo ou não estão lá! Não deixa de ser uma perda! Né que daí a gente fala por telefone que não sei o que e tal... é muito bacana porque hora que eu falo ‘ai como fiquei feliz de falar com você e não sei o que sabe...’ /// **T: sim** /// então é aquela coisa bem calorosa, e que culturalmente não é assim aqui! Né então tem essa questão também, se eu for muuuuito... eu não posso ir tão aberta... tão expansiva entendeu... que aqui é mais... mais calmo... não grita... e eu sou mais espalhafatosa assim, entendeu? Então eu acho que tem... acho que ainda pega um pouco essa questão da... da perda.... tanto que eu brinco falo ‘próximo estado que eu vou morar vai ser em Minas’, daí a pessoa ‘porque?’ ‘ah porque eu escolhi Minas! Minas é mais quente... não sei... vou pra lá!’ ‘quando?’ ‘não sei quando... um dia vou pra lá...’ (CRB1)

As colaboradoras realizaram a categorização das sessões da seguinte forma: primeiramente as categorizadoras assistiam o trecho de vinte minutos a ser categorizado e simultaneamente atribuíam, de forma independente, uma categoria para cada *turn* da terapeuta e da cliente. Apenas uma categoria foi atribuída a cada *turn* das terapeutas e clientes. Quando mais de uma categoria aconteceu no mesmo *turn*, foi utilizada a hierarquia do Manual FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) para definir qual categoria seria categorizada para tal *turn*, sendo que nesse caso a de maior valor era selecionada. A hierarquia de códigos pode ser consultada no Anexo IV.

Embora as categorizadoras assistissem o trecho de vinte minutos ao mesmo tempo, não foi permitida a comunicação entre as mesmas para a atribuição de categorias aos *turns*. Em seguida, as categorizadoras revisavam suas categorizações do trecho em análise e discutiam os *turns* nos quais tivessem acontecido divergências de categorização. Caso tal divergência pudesse ser solucionada por acordo entre as categorizadoras a revisão continuava. Se tal acordo não fosse possível, para solucionar a divergência deveria ser utilizada também a hierarquia de códigos do Manual FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), no entanto, a

categoria de menor valor na hierarquia e, portanto, menos específica da FAP, deveria ser selecionada.

Os dados obtidos a partir da escala de categorização FAPRS foram então analisados em termos de proporção de respostas, uma vez que o número de *turns* variou entre os trechos de sessões categorizadas, pois dependiam diretamente do tempo que cada *turn* despendia da sessão.

Foi calculada a proporção das categorias entre as sessões e entre as fases da pesquisa. Também foram realizados testes de análises sequenciais de probabilidade transicional entre os códigos ECRB e CRB e entre os códigos CRB e TCRB ao longo das fases da pesquisa para o lag 1, ou seja, sempre que aconteceu um código seguido do outro. De acordo com McComas e cols. (2009), a probabilidade transicional indica a probabilidade que um evento siga outro em sequência, ou seja, é calculada para fornecer um índice que indique quais as chances de um evento, chamado antecedente, predizer outro, chamado alvo, como o próximo evento em relação à ocorrência total do evento antecedente. Tal índice é calculado a partir da fórmula $[A / (A+B)]$, onde A é o número de vezes em que um evento antecedente foi seguido do evento alvo e B é o número de vezes em que o antecedente não foi seguido pelo evento alvo. Segundo McComas e cols. (2009) a probabilidade transicional representa uma das formas mais simples de descrever uma relação de contingência entre um evento antecedente e um evento alvo.

Finalmente, foram realizados testes de Qui-Quadrado de Pearson para as proporções dos códigos ECRB, TCRB, M, IN, CRB1 e CRB2, entre as fases da pesquisa, de forma a avaliar se a diferença nas proporções foram estatisticamente significativas.

RESULTADOS

Foram gravadas 32 sessões de terapia em FAP, sendo 16 para cada díade terapeuta/cliente participante do estudo. As primeiras quatro sessões de cada díade foram destinadas à conceituação de caso e formação de vínculo entre terapeuta e cliente e não entraram na análise de dados. Das 12 sessões restantes de cada díade, foram transcritos e categorizados 20 minutos de cada sessão. Isso resultou em 1681 *turns* analisados, sendo 868 *turns* da díade Natália/Taís (T= 432 e C= 436) e 813 *turns* da díade Helena/Débora (T= 405 e C= 408).

A seguir serão apresentados os resultados de cada díade de forma independente. Os resultados foram calculados como proporção de respostas. Foram analisadas as seguintes categorias para os comportamentos das terapeutas: ECRB, TCRB, TPR, RO e as categorias M e IN, que foram agrupadas, uma vez que juntas representam comportamentos não efetivos das terapeutas. A categoria TTR não foi analisada devido ao fato de ter sido categorizada apenas uma vez ao longo de todo o estudo. Quanto aos comportamentos das clientes, foram analisadas as categorias CRB e O.

Resultados da Díade Natália/Taís

O BDI aplicado após o tratamento apresentou escore 4, indicativo de “depressão mínima”, porém, o escore foi menor que o dado no pré-tratamento, que também indicava depressão mínima (escore 9). O IHS pré e pós-tratamento indicou escores 72 e 63, respectivamente, ambos referentes à indicação para treinamento em habilidades sociais quando os déficits se tornam fonte de problema.

A Tabela 3 e a Figura 1 apresentam a proporção de respostas da terapeuta para cada categoria analisada entre as fases do estudo:

	TPR	ECRB	TCRB	RO	M e IN
Linha de Base	0,3277	0,5378	0,0588	0,042	0,033
Intervenção	0,1666	0,6071	0,2261	0	0
Reversão	0,1818	0,509	0,1454	0,1454	0,0181

Tabela 3. Proporção de respostas da terapeuta Natália entre as fases do estudo.

Legenda: TPR - Progresso positivo do terapeuta em sessão; ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; RO - Terapeuta responde ao relato de comportamentos de fora da relação terapêutica; M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral

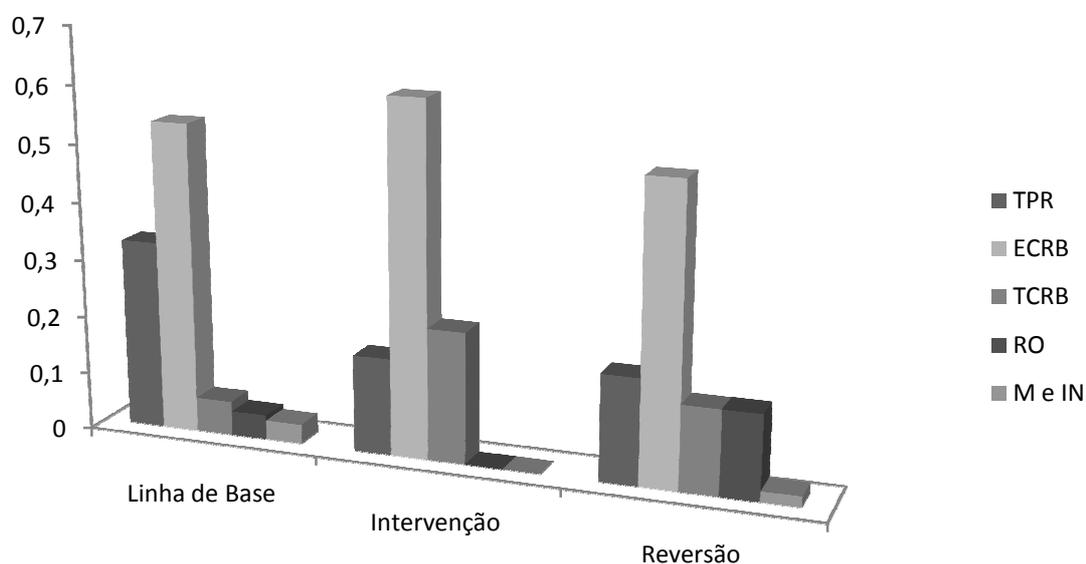


Figura 1: Proporção de respostas da terapeuta Natália entre as fases do estudo.

Legenda: TPR - Progresso positivo do terapeuta em sessão; ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; RO - Terapeuta responde ao relato de comportamentos de fora da relação terapêutica; M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral

A categoria de maior ocorrência em todas as fases foi ECRB, cujas proporções foram 0,5378 na Linha de Base, 0,6071 na fase Intervenção e 0,509 na fase Reversão. Na fase de Linha de Base esta categoria foi seguida pela categoria TPR (0,3277), TCRB (0,0588), RO (0,042) e M/IN (0,033). Já na fase de Intervenção, a segunda categoria de maior ocorrência foi TCRB (0,2261), seguida por TPR (0,1666), sendo que as categorias RO, M/IN não foram

categorizadas nessa fase. Finalmente, na fase de Reversão, a categoria de maior ocorrência, ECRB, foi seguida por TPR (0,1818), TCRB, cuja ocorrência foi igual à da categoria RO (0,1454) e M/IN (0,0181).

A Tabela 4 e a Figura 2 apresentam a proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões e das fases desse estudo, uma vez que são as categorias de interesse desse estudo. A Figura 2 mostra que houve pouca variação na proporção de ECRB ao longo do estudo, porém, a categoria TCRB teve aumento na fase de Intervenção.

SESSÃO	ECRB	TCRB
Linha de Base		
5	0,6818	0,0681
6	0,3777	0,2
7	0,5652	0
8	0,5	0
9	0,5609	0,0487
Intervenção		
10	0,68	0,16
11	0,4615	0,2307
12	0,4545	0,3636
13	0,75	0,1666
Reversão		
14	0,5909	0,2272
15	0,4912	0,1929
16	0,4838	0

Tabela 4. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Natália.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB.

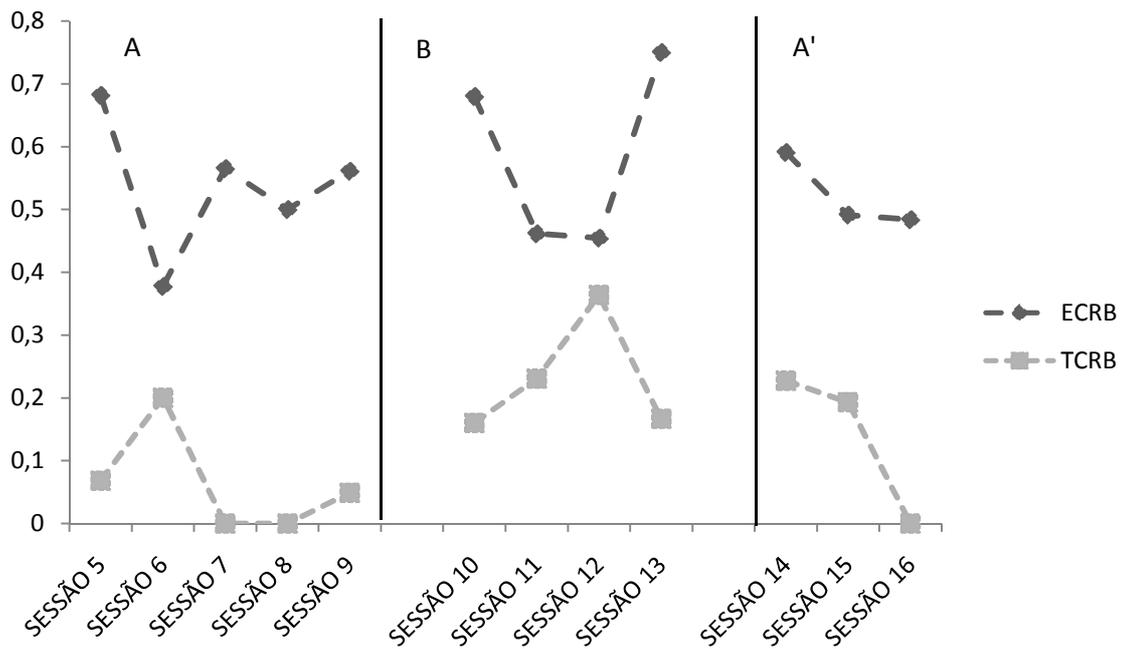


Figura 2. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Natália.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; A - Fase de linha de base; B - Fase de Intervenção; A' - Fase de Reversão.

A proporção da categoria ECRB entre as fases do estudo é apresentada na Figura 3. Sua ocorrência nas fases de Linha de Base, Intervenção e Reversão foram, respectivamente, 0,5378, 0,6071 e 0,509. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente iguais entre as fases ($X^2 = 0.5572$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.7568$).

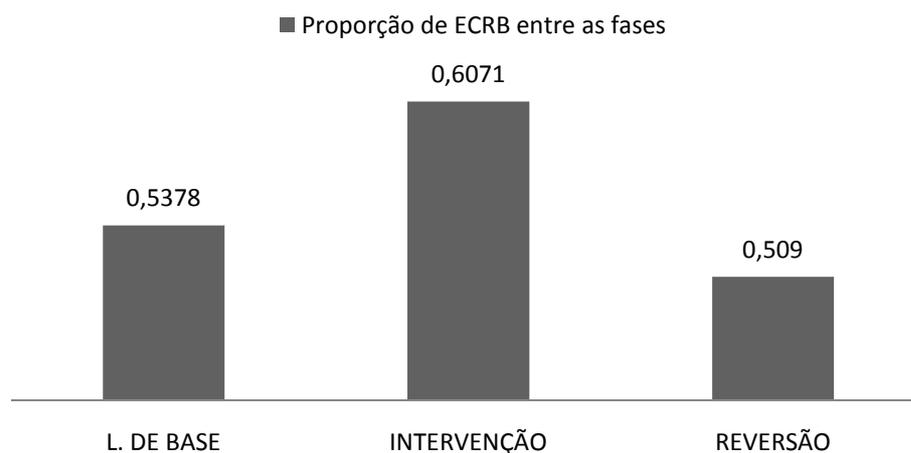


Figura 3. Proporção de ECRB entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.
 Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente.

Na Figura 4, são apresentadas as proporções das categorias ECRB e CRB. A Figura mostra que, embora tenha acontecido pouca variação na categoria ECRB ao longo das fases do estudo, mais comportamentos categorizados como CRBs ocorreram na fase de Intervenção e Reversão em relação à fase de Linha de Base. Na fase de Linha de Base, dos 128 *turns* categorizados como ECRB, 43 (34%) foram seguidos por um *turn* categorizado como CRB1, CRB2 ou CRB3. Na fase de Intervenção, dos 51 *turns* categorizados como ECRB, 42 (82%) foram seguidos de um CRB (1, 2 ou 3). Por fim, na fase de Reversão, dos 56 ECRB, 31 (55%) foram seguidos por um CRB (1, 2 ou 3).

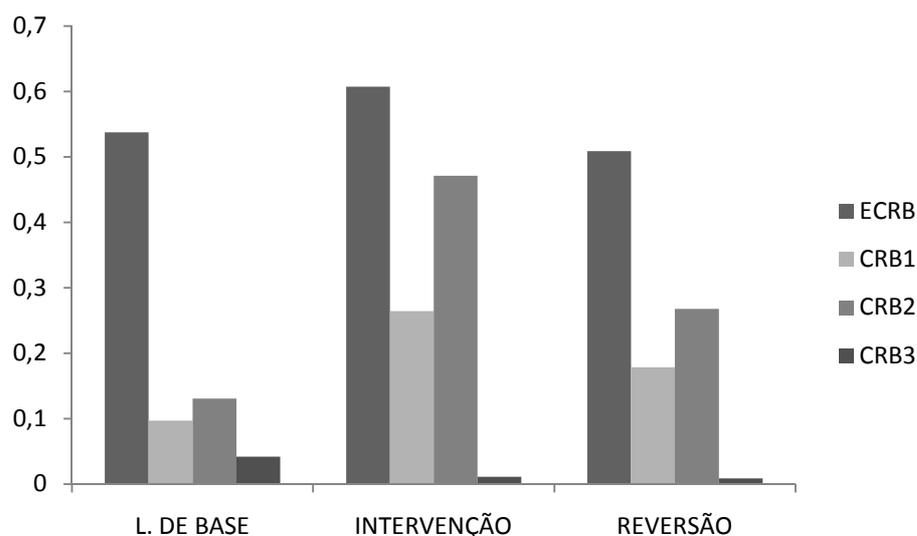


Figura 4. Proporção de ECRB e CRB entre as fases do estudo para a díade Natália/Taís.
 Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão); CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão); CRB3 - Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição por parte do cliente de importantes variáveis controladoras de seu comportamento)

A análise sequencial de probabilidade transicional entre as categorias ECRB e CRB é apresentada na Figura 5. Na fase de Linha de Base a proporção de vezes com que um ECRB foi seguido de CRB (1, 2 ou 3) foi de 0,34, enquanto na fase de Intervenção foi de 0,82 e na fase de Reversão foi de 0,55.

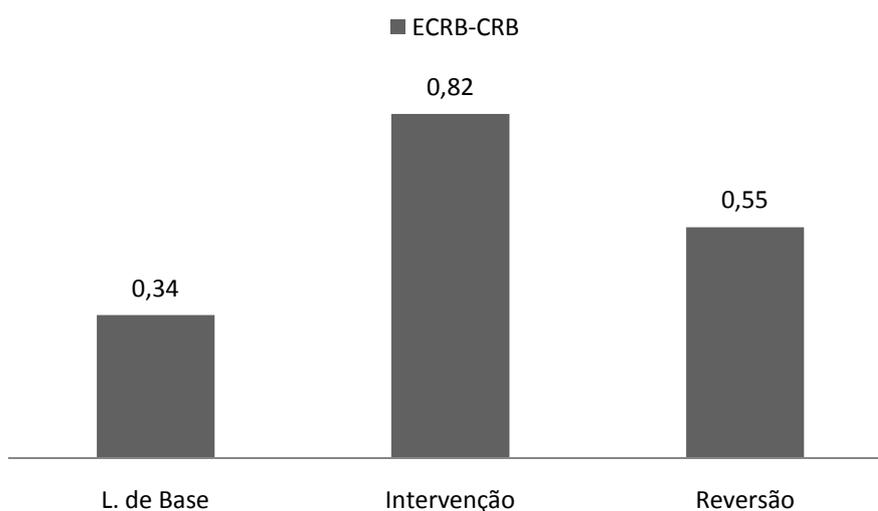


Figura 5. Probabilidade Transicional entre ECRB-CRB ao longo das fases do estudo para a díade Natália/Taís.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; CRB - Comportamento clinicamente relevante.

Em relação à categoria TCRB, a Figura 6 apresenta a ocorrência da proporção dessa categoria entre as fases do estudo: 0,0588; 0,2261 e 0,1454 para, respectivamente, Linha de Base, Intervenção e Reversão. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de TCRB foi maior na fase de Intervenção e menor na fase de Linha de Base ($X^2 = 14.4567$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.0007257$).

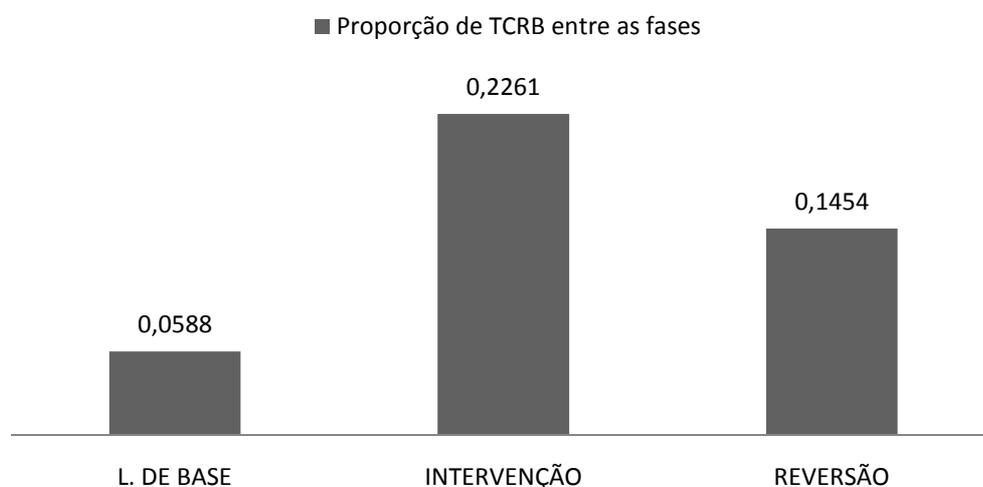


Figura 6. Proporção de TCRB entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.
Legenda: TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB.

A Figura 7 apresenta a ocorrência das categorias CRB (CRB1, CRB2 e CRB3) e TCRB (TCRB1, TCRB2 e TCRB3). Na fase de Linha de Base, dos 64 *turns* da cliente categorizados como CRB (1, 2 ou 3), 14 (22%) foram seguidos por um *turn* categorizado como TCRB (1,2 ou 3). Na fase de Intervenção, 19 (29%) dos 65 *turns* categorizados como CRB foram seguidos de um TCRB e, por fim, na fase de Reversão, 16 (31%) dos 51 CRBs foram seguidos por um TCRB.

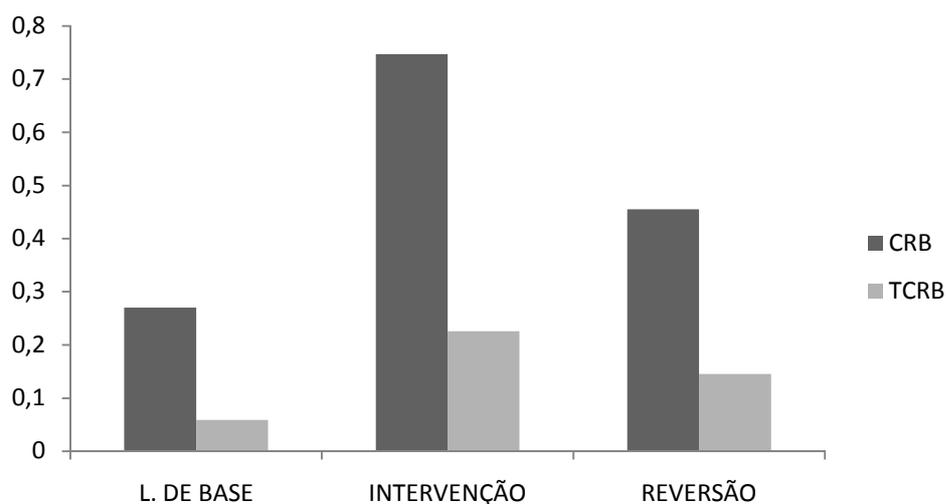


Figura 7. Proporção de CRB e TCRB entre as fases do estudo para a díade Natália/Taís.
 Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB

A análise sequencial de probabilidade transicional entre as categorias CRB e TCRB é apresentada na Figura 8. Na fase de Linha de Base a proporção de vezes com que um CRB (1, 2 ou 3) foi seguido de TCRB (1, 2 ou 3) foi de 0,22, enquanto na fase de Intervenção foi de 0,29 e na fase de Reversão foi de 0,31.

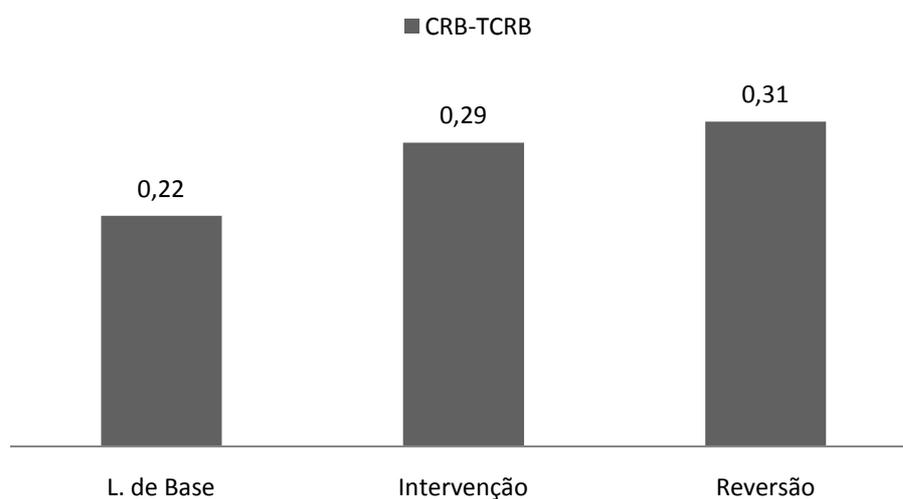


Figura 8. Probabilidade Transicional entre CRB e TCRB ao longo das fases do estudo para a díade Natália/Taís.

Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB

Quanto aos comportamentos da terapeuta considerados inefetivos, ou seja, as categorias M e IN, tais categorias foram agrupadas e são apresentadas como proporção de respostas na Figura 9. A Figura 9 mostra que a proporção de comportamentos inefetivos da terapeuta foi menor na fase de Reversão em relação à fase de Linha de Base, sendo que não ocorreu na fase de Intervenção, sendo desnecessário calcular o Qui-Quadrado.

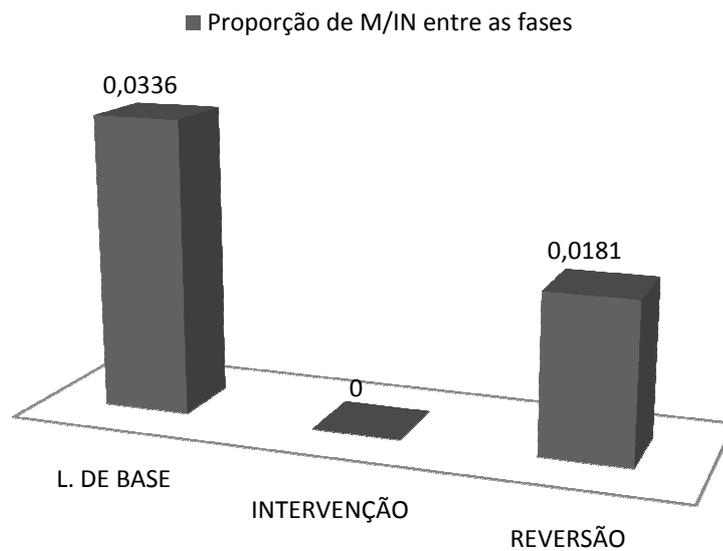


Figura 9. Proporção de M/IN entre as fases do estudo para a terapeuta Natália.
Legenda: M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral.

Na Figura 10 são apresentadas as proporções das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 ao longo das sessões e das fases desse estudo. A Figura mostra que mais comportamentos categorizados como CRB1 e CRB2 ocorreram nas fases de Intervenção e Reversão. A categoria CRB3 teve baixa ocorrência ao longo das fases do estudo.

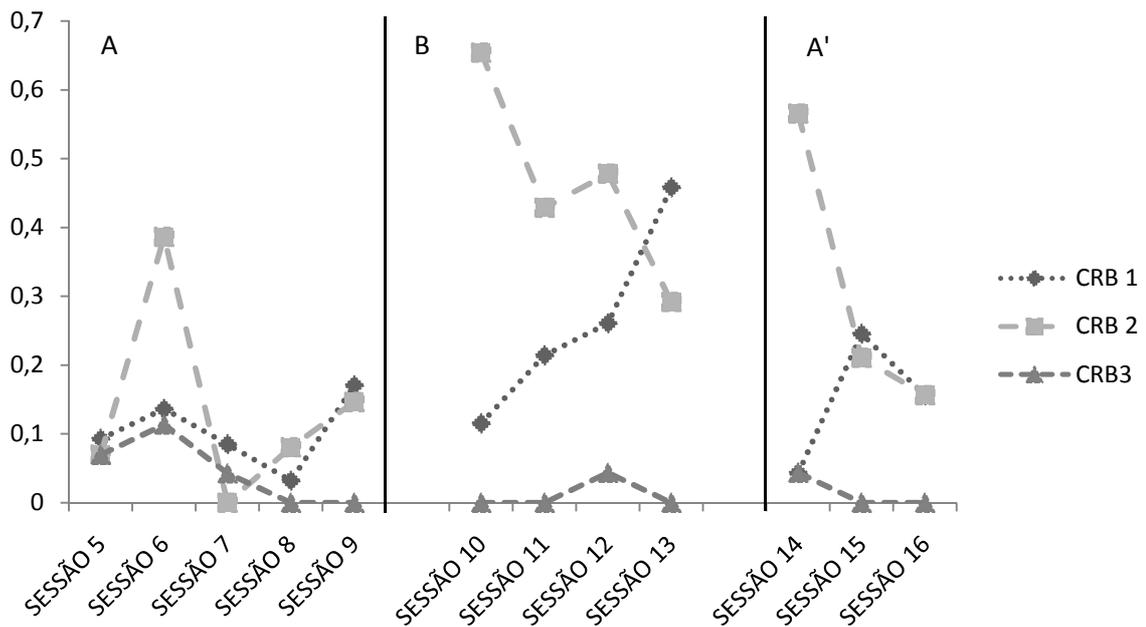


Figura 10. Proporção das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 para a cliente Taís.

Legenda: CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão); CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão); CRB3 - Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição por parte do cliente de importantes variáveis controladoras de seu comportamento). A - Fase de Linha de Base; B - Fase de Intervenção; A' - Fase de Reversão.

Quanto à categoria CRB1, ela é apresentada na Figura 11, que mostra a proporção desta categoria ao longo das fases do estudo: 0,097 para Linha de Base, 0,2643 para Intervenção e 0,1785 para Reversão. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de CRB1 foi maior na fase de Intervenção e menor na fase de Linha de Base ($X^2 = 10.4802$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.0053$).

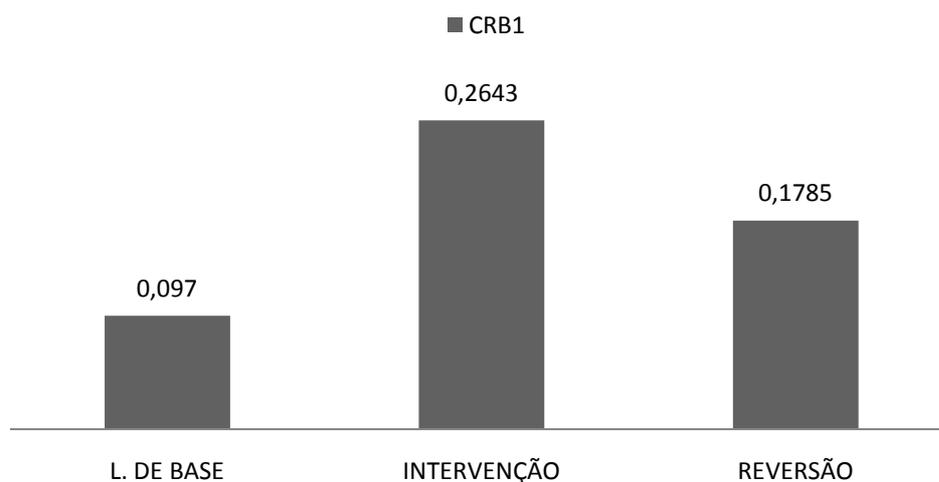


Figura 11. Proporção da categoria CRB1 ao longo das fases do estudo para a cliente Taís.
 Legenda: CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão).

A categoria CRB2 é apresentada na Figura 12. A proporção dessa categoria para a Linha de Base foi de 0,1308, para Intervenção, 0,4712 e para Reversão, 0,2678. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de CRB2 é maior na fase de Intervenção e menor na fase de Linha de Base ($X^2 = 24.2009$, $df = 2$, $p\text{-value} = 5.557e-06$).

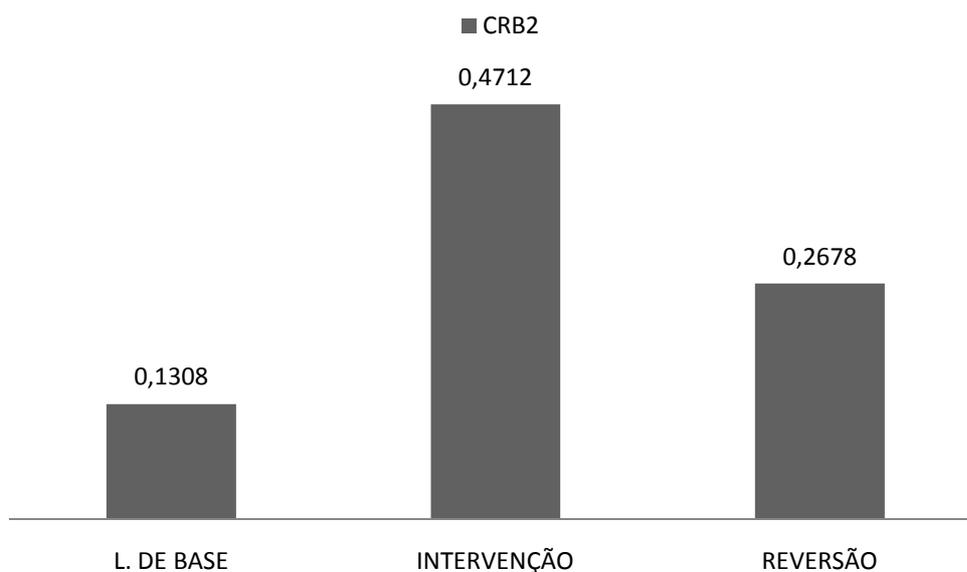


Figura 12. Proporção da categoria CRB2 ao longo das fases do estudo para a cliente Taís.
 Legenda: CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão)

Finalmente, na Figura 13 são apresentadas em conjunto as proporções das categorias CRB e O ao longo das sessões e das fases do estudo. A Figura mostra que a categoria CRB ocorreu mais que a categoria O na fase de Intervenção. Nas demais fases a ocorrência dessas categorias foi variável.

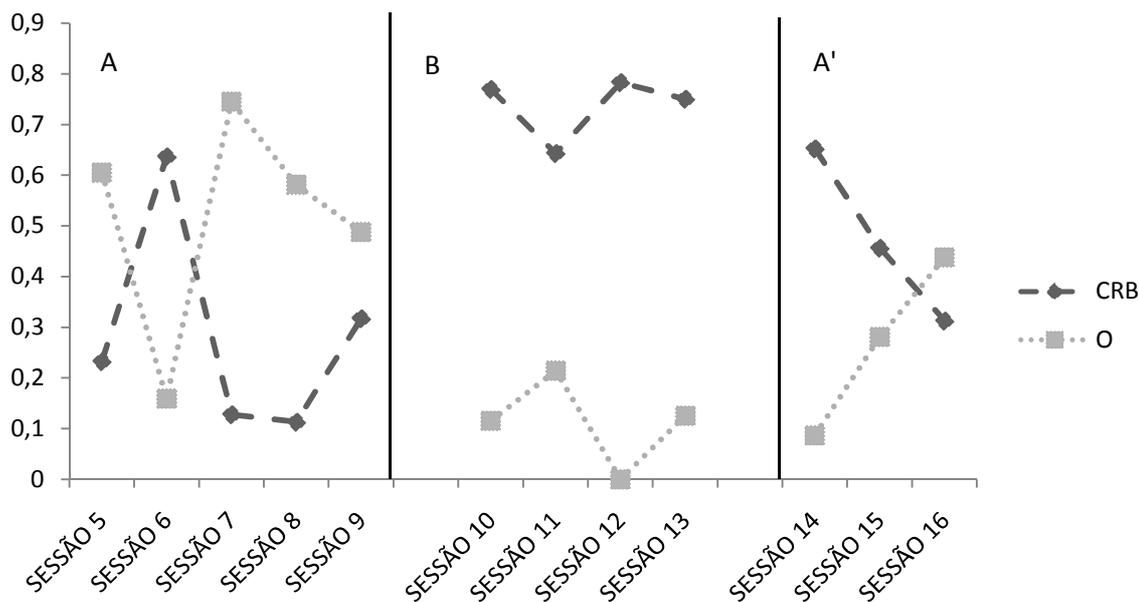


Figura 13. Proporção das categorias CRB e O ao longo das fases do estudo para a cliente Taís. Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; O - Discussão por parte do cliente de comportamentos ocorridos fora da relação terapêutica.

Resultados da Díade Helena/Débora

O BDI aplicado pós-tratamento resultou em escore 4, indicativo de “depressão mínima”, menor que o escore pré-tratamento, que indicou depressão leve (escore 15). O IHS pré-tratamento, cujo escore foi 78, sugeria indicação para treinamento em habilidades sociais quando os déficits se tornam fonte de problema. Os dados pós-tratamento forneceram escore 113, que indica repertório bastante elaborado de habilidades sociais.

A Tabela 5 e a Figura 14 apresentam a proporção de respostas da terapeuta para cada categoria analisada entre as fases do estudo:

	TPR	ECRB	TCRB	RO	M e IN
Linha de Base	0,2247	0,337	0,1797	0,0393	0,2134
Intervenção	0,2158	0,3309	0,3669	0,0503	0,0359
Reversão	0,3295	0,25	0,2386	0,1136	0,0681

Tabela 5. Proporção de respostas da terapeuta Helena entre as fases do estudo.

Legenda: TPR - Progresso positivo do terapeuta em sessão; ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; RO - Terapeuta responde ao relato de comportamentos de fora da relação terapêutica; M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral.

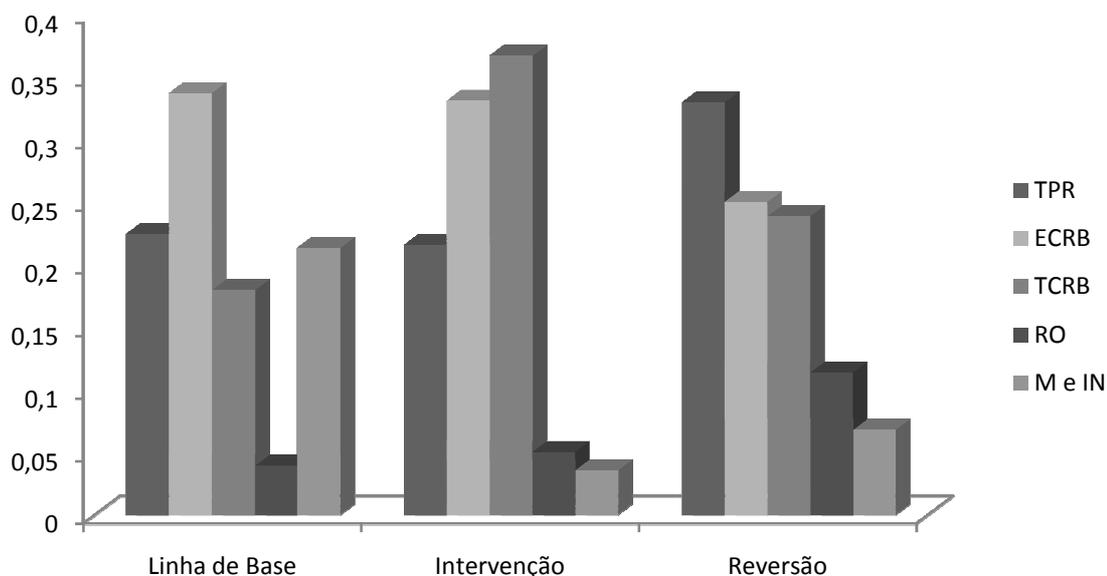


Figura 14. Proporção de respostas da terapeuta Helena entre as fases do estudo.

Legenda: TPR - Progresso positivo do terapeuta em sessão; ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; RO - Terapeuta responde ao relato de comportamentos de fora da relação terapêutica; M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral.

A categoria de maior ocorrência na fase de Linha de Base foi ECRB (0,337), seguida pelas categorias TPR (0,2247), M/IN (0,2134), TCRB (0,1797) e RO (0,0393). Já na fase de Intervenção, a categoria de maior ocorrência foi TCRB (0,3669), seguida por ECRB (0,3309),

TPR (0,2158), RO (0,0503) e M/IN (0,0359). Finalmente, na fase de Reversão, a categoria de maior ocorrência foi a categoria TPR (0,3295), seguida por ECRB (0,25), TCRB (0,2386), RO (0,1136) e M/IN (0,0681).

A Tabela 6 e a Figura 15 apresentam a proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões e das fases desse estudo, uma vez que são as categorias de interesse. A Figura 6 mostra que houve pouca variação na proporção de ECRB ao longo do estudo. A categoria TCRB aumentou na fase de Intervenção, principalmente nas sessões 11 e 12.

SESSÃO	ECRB	TCRB
Linha de Base		
5	0,1818	0,303
6	0,3684	0,2631
7	0,4	0,1142
8	0,3589	0,1282
9	0,3636	0,0909
Intervenção		
10	0,3793	0,2068
11	0,3333	0,7241
12	0,4	0,5142
13	0,2222	0,1666
Reversão		
14	0,3571	0,1428
15	0,2413	0,1379
16	0,1612	0,4193

Tabela 6. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Helena.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB.

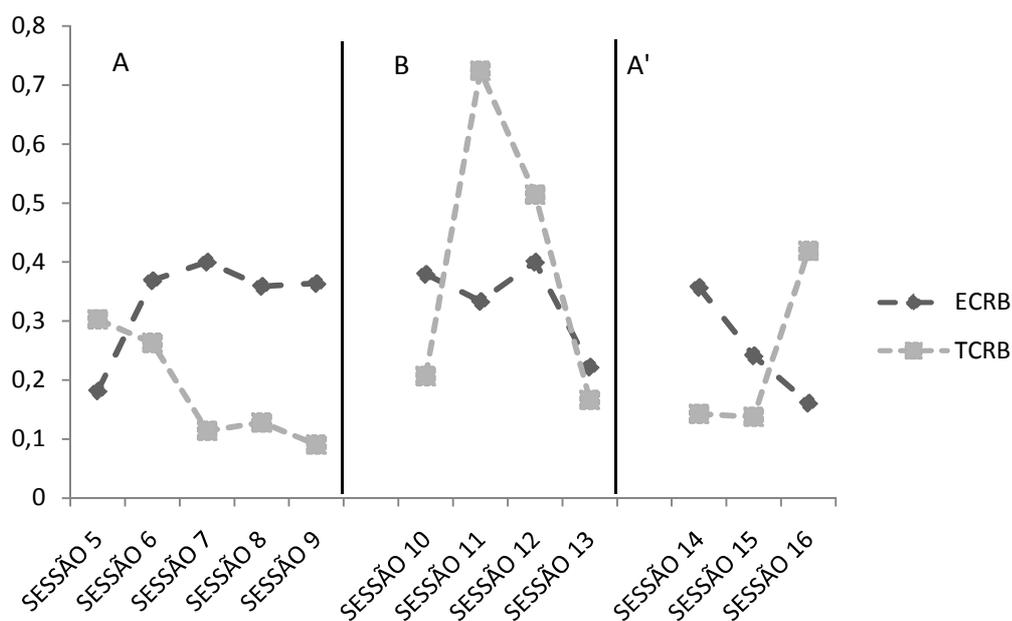


Figura 15. Proporção das categorias ECRB e TCRB ao longo das sessões para a terapeuta Helena.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB; A - Fase de linha de base; B - Fase de Intervenção; A' - Fase de Reversão.

A proporção da categoria ECRB entre as fases do estudo é apresentada na Figura 16. Sua ocorrência nas fases de Linha de Base, Intervenção e Reversão foram, respectivamente, 0,337; 0,3309 e 0,25. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente iguais entre as fases ($X^2 = 1.2313$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.5403$).

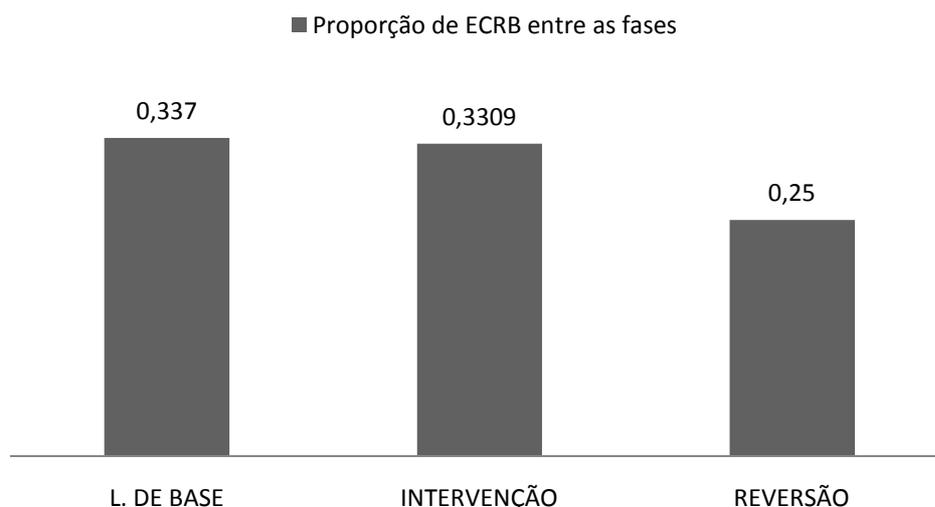


Figura 16. Proporção de ECRB entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.
 Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente.

Na Figura 17, são apresentadas as proporções das categorias ECRB e CRB. A Figura mostra que, embora tenha acontecido pouca variação na categoria ECRB ao longo das fases do estudo, mais comportamentos categorizados como CRB ocorreram na fase de Intervenção e Reversão em relação à fase de Linha de Base. Na fase de linha de base, dos 60 turns da terapeuta categorizados com ECRB, 41 (68%) foram seguidos de um comportamento da cliente categorizado como CRB (1, 2 ou 3). Na fase de Intervenção, 46 turns da terapeuta foram categorizados como ECRB, sendo que 30 (65%) desses turns foram seguidos por um turn da cliente categorizado como CRB. Finalmente, na fase de Reversão, dos 22 turns da terapeuta categorizados como ECRB, 15 (68%) foram seguidos por um turn da cliente categorizado como CRB.

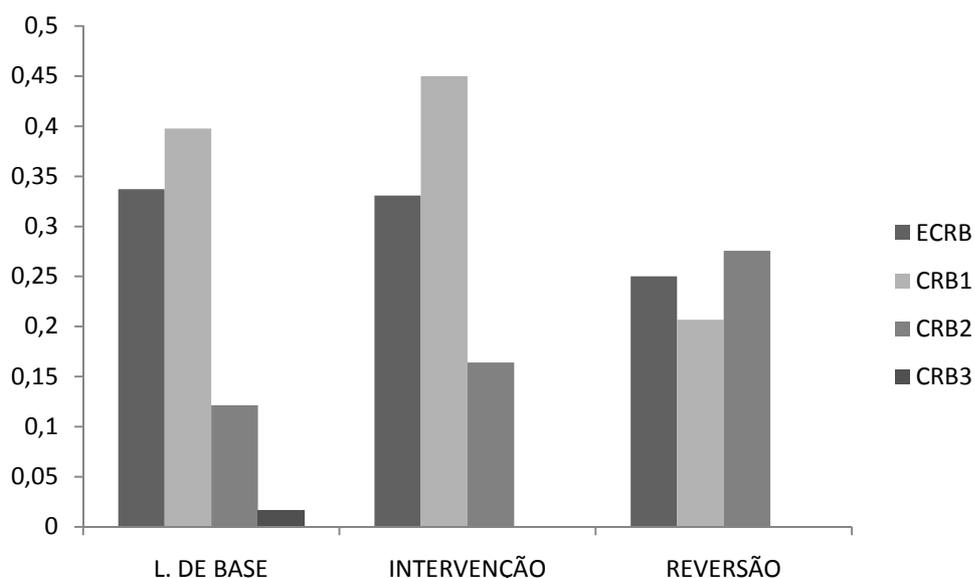


Figura 17. Proporção de ECRB e CRB entre as fases do estudo para a díade Helena/Débora.
 Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão); CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão); CRB3 - Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição por parte do cliente de importantes variáveis controladoras de seu comportamento)

A análise sequencial de probabilidade transicional entre as categorias ECRB e CRB, é apresentada na Figura 18. Na fase de Linha de Base a proporção de vezes com que um ECRB foi seguido de CRB (1, 2 ou 3) foi de 0,68, enquanto na fase de Intervenção foi de 0,65 e na fase de Reversão foi de 0,68.

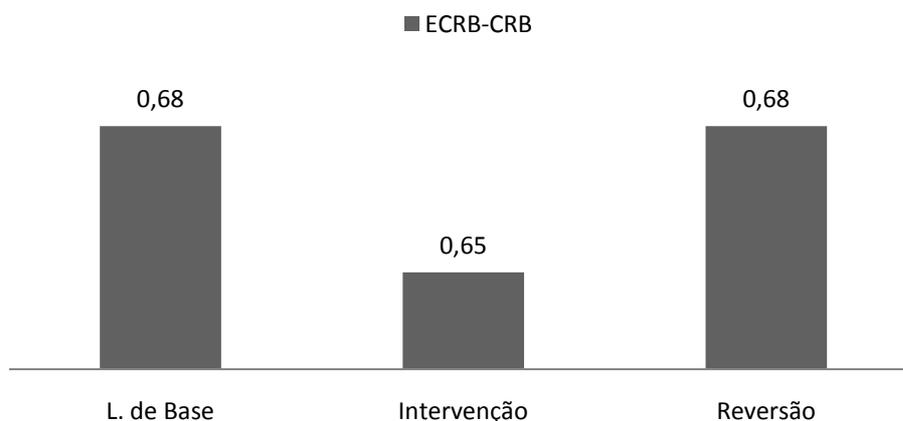


Figura 18. Probabilidade Transicional entre ECRB-CRB ao longo das fases do estudo para a díade Helena/Débora.

Legenda: ECRB - Terapeuta evoca um CRB do cliente; CRB - Comportamento clinicamente relevante.

Em relação à categoria TCRB, a Figura 19 apresenta a ocorrência da proporção desta categoria entre as fases do estudo: 0,1797; 0,3669 e 0,2386; para, respectivamente, Linha de Base, Intervenção e Reversão. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de TCRB é maior na fase de Intervenção e menor na fase de Linha de Base ($X^2 = 5.5092$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.06363$).

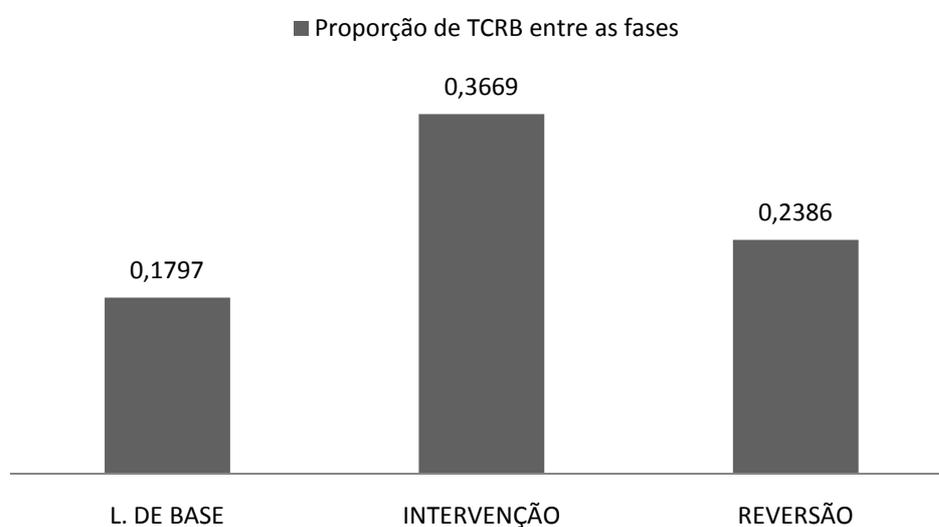


Figura 19. Proporção de TCRB entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.
Legenda: TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB;

A Figura 20 apresenta as proporções das categorias CRB (CRB1, CRB2 e CRB3) e TCRB (TCRB1, TCRB2 e TCRB3). Na fase de Linha de Base, dos 97 *turns* da cliente categorizados como CRB (1, 2 ou 3), 32 (33%) foram seguidos por um *turn* categorizado como TCRB (1,2 ou 3). Na fase de Intervenção, 51 (59%) dos 86 *turns* categorizados como CRB foram seguidos de um TCRB e, por fim, na fase de Reversão, 21 (50%) dos 42 CRBs foram seguidos por um TCRB.

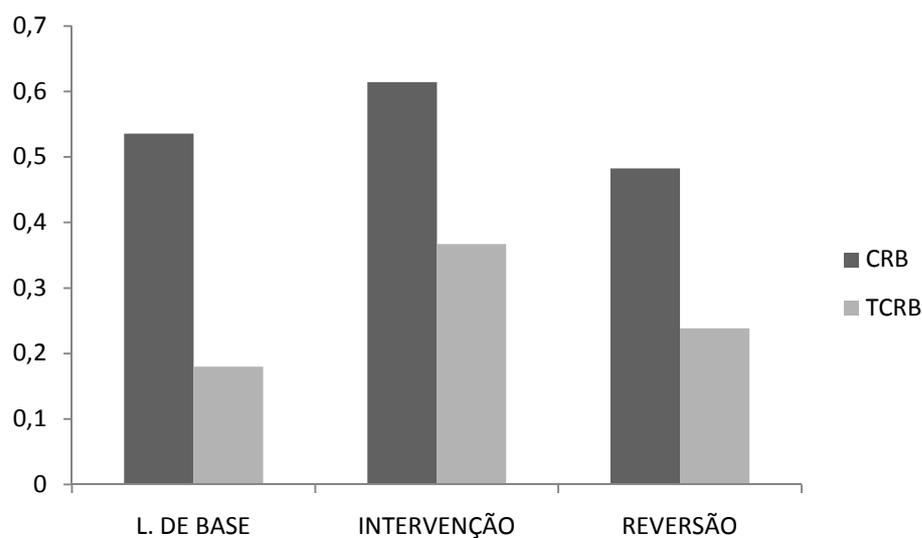


Figura 20. Proporção de CRB e TCRB entre as fases do estudo para a díade Helena/Débora.
 Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB.

A análise sequencial de probabilidade transicional entre as categorias CRB e TCRB é apresentada na Figura 21. Na fase de Linha de Base a proporção de vezes com que um CRB (1, 2 ou 3) foi seguido de TCRB (1, 2 ou 3) foi de 0,33, enquanto na fase de Intervenção foi de 0,59 e na fase de Reversão foi de 0,5.

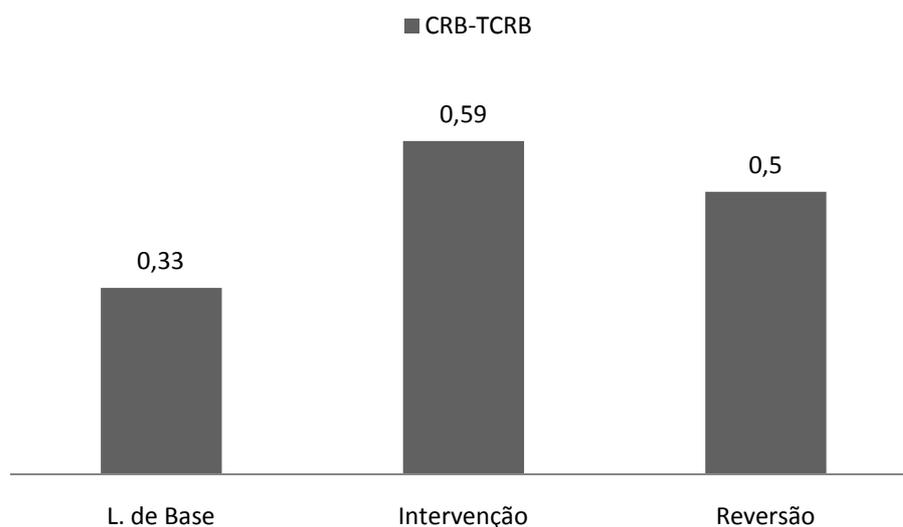


Figura 21. Probabilidade Transicional entre CRB e TCRB ao longo das fases do estudo para a díade Helena/Débora.

Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; TCRB - Terapeuta responde efetivamente a um CRB.

Quanto aos comportamentos da terapeuta considerados inefetivos, ou seja, as categorias M e IN, tais categorias foram agrupadas e são apresentadas como proporção de respostas na Figura 22. A Figura 22 mostra que a proporção de comportamentos inefetivos da terapeuta foi de 0,2134 na fase de Linha de Base, 0,0359 na fase de Intervenção e 0,0681 na fase de Reversão. O cálculo do Qui-Quadrado mostrou que as proporções das categorias M/IN foram significativamente diferentes entre as fases, sendo maior na fase de Linha de Base e menor na fase Intervenção.

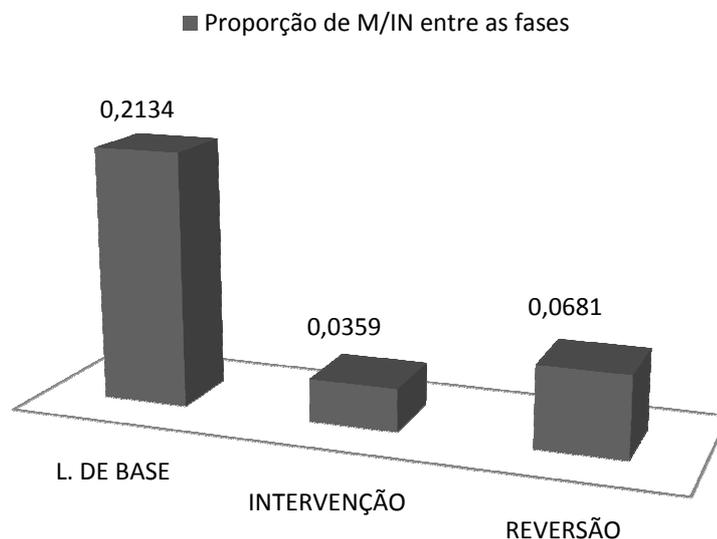


Figura 22. Proporção de M/IN entre as fases do estudo para a terapeuta Helena.
Legenda: M - Terapeuta perde/não responde a um CRB; IN - Comportamento do terapeuta Ineficaz de forma geral.

Na Figura 23, são apresentadas as proporções das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 ao longo das sessões e das fases desse estudo. A Figura indica que as categorias CRB1 e CRB2 foram variáveis ao longo das sessões, sendo que a categoria CRB3 teve baixa ocorrência.

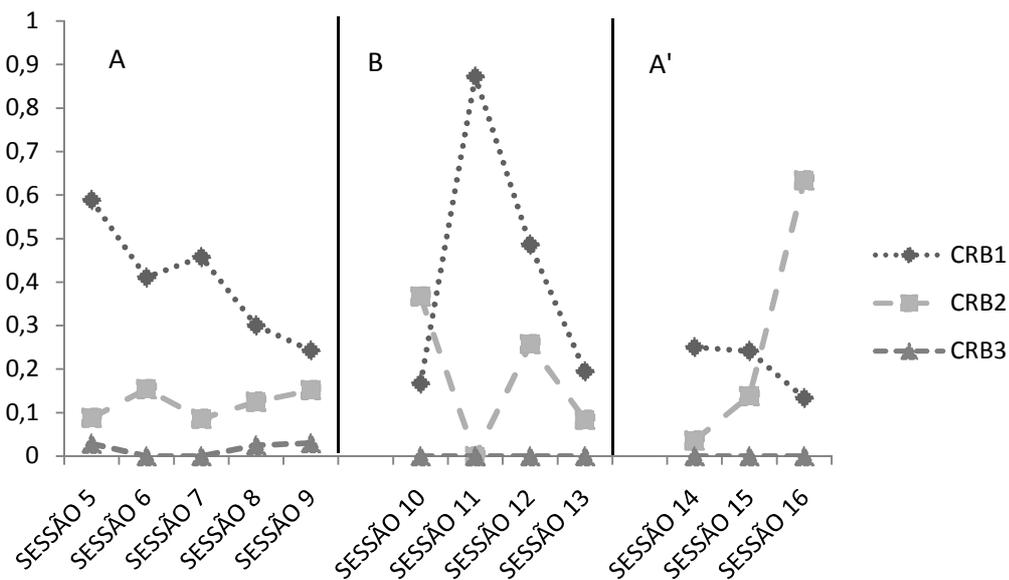


Figura 23. Proporção das categorias CRB1, CRB2 e CRB3 para a cliente Débora.
 Legenda: CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão); CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão); CRB3 - Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição por parte do cliente de importantes variáveis controladoras de seu comportamento). A - Fase de Linha de Base; B - Fase de Intervenção; A' - Fase de Reversão.

No que se refere à categoria CRB1, especificamente, a Figura 24 apresenta a proporção desta categoria ao longo das fases do estudo: 0,3977 para Linha de Base, 0,45 para Intervenção e 0,2068 para Reversão. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de CRB1 foi maior na fase de Intervenção e menor na fase de Reversão ($X^2 = 7.0598$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.02931$).

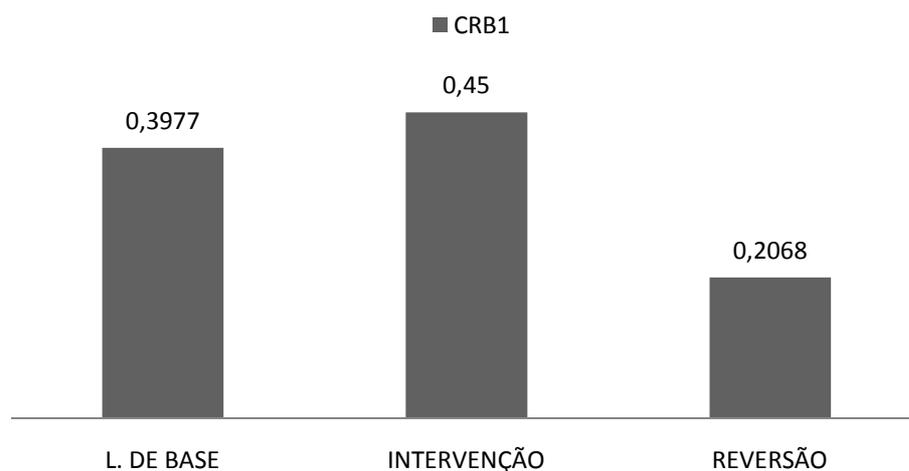


Figura 24. Proporção da categoria CRB1 ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.
 Legenda: CRB1 - Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas do cliente em sessão).

A categoria CRB2 é apresentada na Figura 25. A proporção dessa categoria para a Linha de Base foi de 0,1215, para Intervenção, 0,1642 e para Reversão, 0,2758. O Teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que as proporções foram significativamente diferentes entre as fases e, portanto, a proporção de CRB2 foi maior na fase de Reversão e menor na fase de Linha de Base ($X^2 = 6.7704$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.03387$).

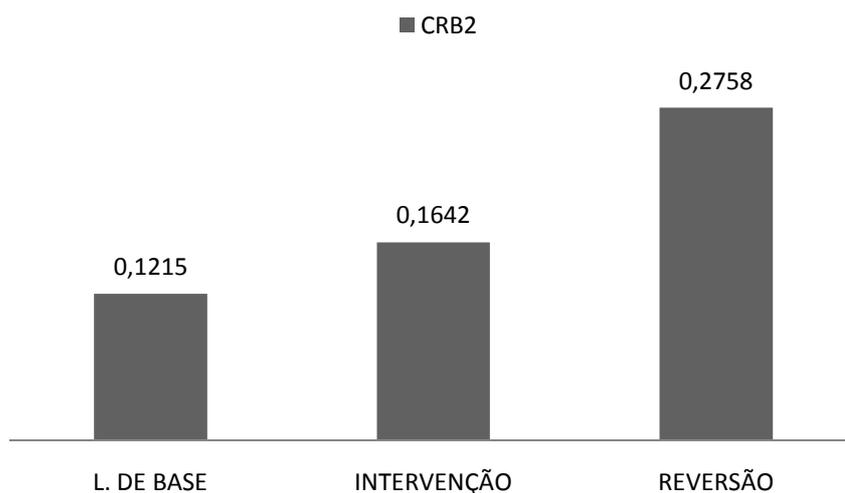


Figura 25. Proporção da categoria CRB2 ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.
 Legenda: CRB2 - Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras do cliente em sessão).

Finalmente, na Figura 26 são apresentadas em conjunto as proporções das categorias CRB e O ao longo das sessões e das fases do estudo. A Figura mostra que a categoria CRB ocorreu mais que a categoria O em todas as fases.

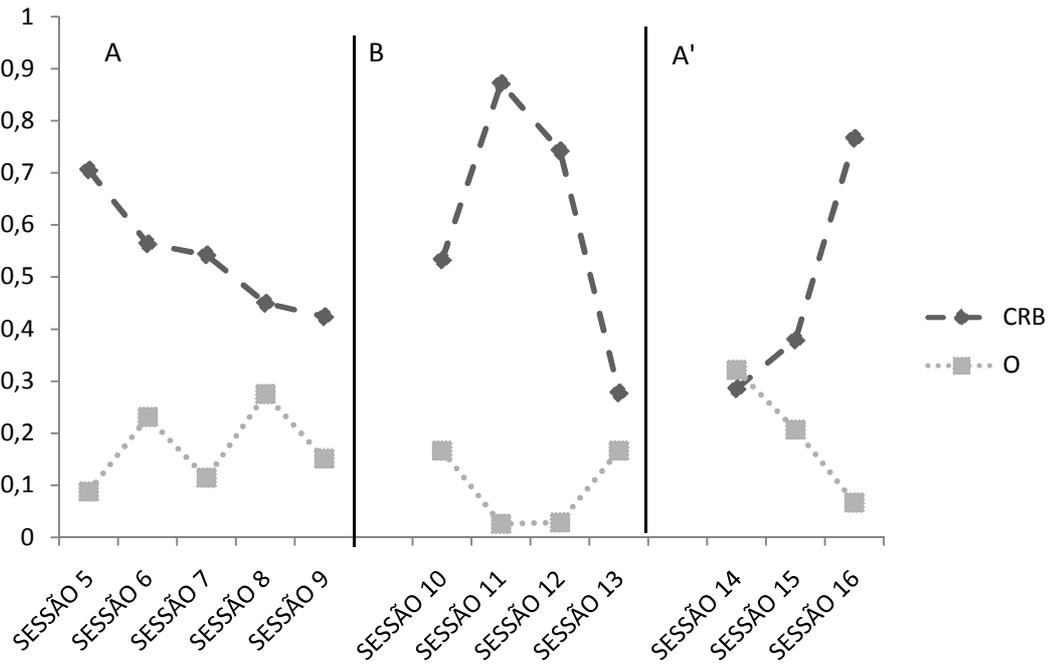


Figura 26. Proporção das categorias CRB e O ao longo das fases do estudo para a cliente Débora.

Legenda: CRB - Comportamento clinicamente relevante; O - Discussão por parte do cliente de comportamentos ocorridos fora da relação terapêutica. A - Fase de Linha de Base; B - Fase de Intervenção; A' - Fase de Reversão.

DISCUSSÃO

A relação terapêutica há algum tempo vem sendo destacada como uma importante variável do processo terapêutico (Rosenfarb, 1992; Callaghan & cols., 1996; Follette e cols., 1996; Meyer & Vermes, 2001; Kohlenberg & Tsai, 2004; Prado & Meyer, 2004; Braga & Vandenberghe, 2006; Zamignani, 2007; Tsai & cols., 2009). Assim, tem sido assunto de interesse de diversos estudos (Callaghan & cols., 2003; Prado & Meyer, 2004; Kanter e cols., 2006; Zamignani, 2007; Callaghan & cols., 2008; Busch & cols. 2009; Busch & cols. 2010).

Conforme as pesquisas foram sendo realizadas, o estudo da relação terapêutica foi refinado. Atualmente a Psicoterapia Analítica Funcional é considerada uma forma sistematizada, do ponto de vista teórico e prático, para análise da relação terapêutica (Braga & Vandenberghe, 2006). A FAP preconiza que os comportamentos-problema e de melhora do cliente acontecem na sessão e são da mesma ordem de comportamentos que ocorrem em outros relacionamentos fora da terapia (Callaghan & cols., 2003). Também recomenda que esses comportamentos sejam entendidos de forma idiográfica e que o terapeuta responda aos mesmos de forma contingente, ou seja, da maneira natural como aqueles comportamentos tiveram impacto sobre os comportamentos do terapeuta. Assim, o mecanismo de mudança hipotético da FAP é a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos do cliente em sessão (Callaghan & cols., 2003).

O desenvolvimento da escala FAPRS possibilitou documentar os comportamentos do cliente e do terapeuta durante o curso de uma terapia usando a FAP, refinando, ainda mais, o estudo da relação terapêutica. Segundo Callaghan e cols. (2003), a FAPRS é pertinente para a identificação da ocorrência de respostas contingentes do terapeuta aos comportamentos do cliente. Assim, a partir da categorização das sessões com a FAPRS é possível documentar o

mecanismo de mudança hipotético da FAP, bem como, a partir de outras análises, identificar se o terapeuta respondeu de acordo com a FAP e a efetividade do tratamento para aquele caso (Callaghan & cols., 2003).

Além disso, a FAPRS também pode ser usada para documentar e demonstrar as mudanças no comportamento do terapeuta durante seu treino e no curso de uma terapia (Callaghan & cols., 2003; Callaghan & cols., 2008). Callaghan e cols. (2008) relatam, ainda, o uso da FAPRS no treino teórico e prático de terapeutas FAP, para ensiná-los a identificar corretamente seus próprios comportamentos e os comportamentos dos clientes que atendem.

O objetivo do presente estudo consistiu em analisar se o feedback com categorizações das sessões, a partir da escala FAPRS, ao terapeuta que conduziu tais sessões era capaz de produzir um aumento em seu comportamento de evocar CRBs (categorizado como ECRB), bem como de responder de forma contingente e efetiva ao comportamento de seu cliente (categorizado como TCRB). Para isso, amostras de dois atendimentos com uso da FAP foram categorizadas com a escala FAPRS e, além disso, parte desse material foi usado no treino das terapeutas durante a fase de Intervenção.

A categorização das sessões indicou que as terapeutas estavam respondendo de acordo com a FAP, já que durante todo o processo terapêutico evocaram e responderam de forma contingente aos CRBs de suas clientes.

Os resultados mostraram que, para ambas as díades, no diz respeito à categoria ECRB, pareceu não ter sofrido influência da intervenção realizada. Ou seja, não foi possível aumentar a evocação de CRBs por parte das terapeutas depois de realizada a intervenção. Análises estatísticas mostraram que essa categoria teve proporções iguais entre as fases do estudo. Embora tenham sido selecionadas terapeutas iniciantes para participar desse estudo, pode ser que o comportamento de evocar CRBs já estivesse bem desenvolvido no repertório dessas terapeutas. Isso explicaria porque não foi possível aumentar a proporção da categoria ECRB

na fase de intervenção. Algo que corrobora essa hipótese é que esta categoria foi a de maior ocorrência em todas as fases do processo terapêutico da díade Natália/Taís, sendo também a mais frequente na fase de linha de base da díade Helena/Débora e a segunda mais frequente nas demais fases do processo terapêutico dessa díade.

Quanto à categoria TCRB, para ambas as díades, a mesma pareceu ter sofrido influência da intervenção realizada. Embora estivesse presente na fase de linha de base de ambas as díades, essa categoria foi a terceira mais frequente para a díade Natália/Taís, sendo menos frequente que a categoria TPR, que categoriza pedidos de informação da terapeuta e facilitação de conversação, sendo, assim, uma categoria menos específica da FAP. Para a díade Helena/Débora a categoria TCRB, na fase de linha de base, só foi mais frequente que a categoria RO, sendo que comportamentos inefetivos da terapeuta (M/IN) foram mais frequentes que a categoria TCRB nessa fase do estudo.

Já na fase de intervenção, a categoria TCRB foi a segunda mais frequente para a díade Natália/Taís e a de maior ocorrência para a díade Helena/Débora. Finalmente, na fase de reversão, foi a terceira categoria mais frequente para ambas as díades, sendo que para a díade Natália/Taís, a proporção de respostas dessa categoria foi igual à proporção de respostas da categoria RO.

Assim, a categoria TCRB, para ambas as díades, foi maior na fase de Intervenção. Na fase de reversão, a frequência dessa categoria diminuiu em relação à fase de intervenção, mas se manteve elevada em relação à fase de linha de base. Portanto, a intervenção realizada pareceu ter influenciado o comportamento das terapeutas, aumentando o comportamento das mesmas de responder de forma contingente aos CRBs de suas clientes.

De acordo com a FAP, o terapeuta deve seguir algumas regras para identificar e utilizar oportunidades terapêuticas. As regras da FAP são: 1) Prestar atenção aos CRBs; 2) Evocar CRBs; 3) Reforçar CRBs; 4) Observar os efeitos potencialmente reforçadores do

comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente e 5) Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2004). É possível que a intervenção realizada com as terapeutas, tenha potencializado o controle discriminativo das mesmas, de forma que, após a intervenção, as terapeutas passaram a prestar atenção e reforçar CRBs, bem como observaram o efeito de seus comportamentos sobre os CRBs e passaram a fornecer mais interpretações de variáveis que afetavam o comportamento das clientes. Ou seja, é possível que a intervenção tenha potencializado o controle discriminativo das terapeutas para o seguimento das regras 1, 3, 4 e 5 da FAP.

A intervenção também pareceu ter influenciado a frequência das categorias de comportamentos inefetivos das terapeutas: M e IN. Tais categorias foram agrupadas durante a análise de dados, uma vez que ambas categorizam comportamentos considerados inefetivos. A proporção de respostas dessa categoria, entre as fases do estudo, mostrou que para a díade Natália/Taís, não aconteceu na fase de intervenção, sendo que na fase de reversão, sua ocorrência foi menor que na fase de linha de base. Para a díade Helena/Débora, a menor ocorrência dessa categoria foi na fase de intervenção, sendo que na fase de reversão sua ocorrência também foi menor que na fase de linha de base.

No que diz respeito ao comportamento das clientes, as diferentes proporções de CRBs entre as fases do estudo foram estatisticamente significativas para ambas as díades. Para a díade Natália/Taís, a proporção de CRB1 foi maior na fase de intervenção e, na fase de reversão, a proporção dessa categoria também foi maior que na fase de linha de base. Esse resultado evidencia que mais comportamentos clinicamente relevantes aconteceram nas fases de intervenção e reversão. Embora essa categoria seja referente aos comportamentos-problema da cliente, sua maior frequência na fase de reversão em relação à fase de linha de base não é indesejável, pois, como visto, a intervenção realizada com a terapeuta aumentou seu comportamento de responder de forma contingente ao comportamento de sua cliente, o

que pode ter levado ao aumento dos comportamentos-problema em sessão. Esse resultado é coerente com o resultado do estudo de Busch e cols. (2009), no qual houve um aumento de CRB1 na fase FAP do estudo, aumento considerado esperado pelos autores, uma vez que a terapeuta passou a focar o relacionamento terapêutico na referida fase, levando ao aumento dos comportamentos-problema em sessão. É possível também que a duração das fases da presente pesquisa, principalmente a fase de reversão (3 sessões), não tenha proporcionado sessões suficientes para que, a proporção de CRB1, diminuísse de forma a configurar a melhora da cliente durante o processo terapêutico.

No que diz respeito à proporção de CRB2 para essa mesma cliente, também foi maior para a fase de intervenção e, na fase de reversão, foi maior em relação à fase de linha de base. Portanto, mais comportamentos clinicamente relevantes, referentes às melhoras da cliente, aconteceram nas fases de intervenção e reversão, resultado desejável, uma vez que a FAP preconiza que CRB2s devem ter sua frequência aumentada ao longo do tratamento. No entanto, na fase reversão esta proporção foi menor que na fase de intervenção. Isso pode ser resultado da retirada da intervenção com a terapeuta. Porém, pode ser que haja outras variáveis não controladas por este estudo que expliquem essa diminuição, como a ocorrência de fatos na vida da cliente fora da sessão, que podem ter influenciado seu comportamento em sessão. Algo que apóia essa hipótese é que, na fase de intervenção, a proporção da categoria O caiu em relação à fase de linha de base, voltando a aumentar na fase de reversão, isso pode ter influenciado a proporção de CRB2 ao longo dessas fases. No entanto, é possível também que o responder contingente da terapeuta aos CRBs tenha influenciado a queda de comportamentos não referentes à relação terapêutica (O) na fase de intervenção, ao passo que aumentou comportamentos referentes à relação terapêutica (CRB).

As proporções de ocorrência de CRB1 e CRB2 para a cliente Taís ao longo das fases do estudo sugerem que havia uma mudança de comportamento em curso, uma vez que as duas

categorias tiveram aumento na fase de intervenção e, nas fases de intervenção e reversão a categoria CRB2 teve maior proporção que a categoria CRB1. Esse dado, visto junto com os dados pré e pós-tratamento do BDI, escores 9 e 4, respectivamente, parecem mensurar o processo de melhora da cliente. No entanto, os dados pré e pós-tratamento do IHS, 72 e 63, ambos indicativos para treinamento em habilidades sociais, parecem não ter mensurado esse processo de melhora da cliente, sugerindo inclusive uma piora nos comportamentos de habilidades sociais, já que o escore diminuiu na segunda aplicação do instrumento. Pode ser que o tempo de terapia durante esse estudo tenha sido suficiente apenas para proporcionar autoconhecimento na cliente em relação aos seus comportamentos-problema e apresentar alguma melhora de comportamento em sessão. No entanto, as situações de interações sociais apresentadas ao respondente pelo IHS são situações de fora do contexto terapêutico, como trabalho e família. Isso pode significar que o tempo de tratamento desse estudo não foi suficiente para levar à melhora de comportamentos da cliente nesses contextos. Por outro lado, como a cliente provavelmente estava mais atenta aos seus comportamentos-problema, isso pode ter influenciado seu comportamento ao responder o IHS, de forma a apresentar um escore mais baixo nessa aplicação que na aplicação pré-tratamento.

No que se refere aos comportamentos da cliente Débora, a proporção da categoria CRB1 aumentou na fase de intervenção em relação à fase de linha de base. Isso pode significar que a intervenção realizada com a terapeuta, teve impacto, por conseguinte, no responder da cliente, já que mais comportamentos clinicamente relevantes aconteceram na fase de intervenção. Além disso, a menor proporção de CRB1 foi registrada na fase de reversão, o que vai ao encontro do resultado esperado pela FAP, de que comportamentos-problema diminuíam ao longo do tratamento. Por outro lado, a proporção de CRB2 aumentou significativamente ao longo das fases do estudo, resultado bastante desejável. Esses dados também corroboram os resultados de Busch e cols. (2009).

Segundo Busch e cols. (2010), se o terapeuta está modelando o comportamento do cliente em sessão, a ordem de ocorrência de CRB1s e CRB2s na sessão deveria ser: nas primeiras sessões devem ocorrer CRB1s seguidos de CRB2s, sendo que repetidos CRB1s antes de CRB2s podem refletir uma irrupção característica de extinção, conforme o terapeuta bloqueia comportamentos previamente reforçados. Nas últimas sessões, os CRB2s devem passar a ocorrer mais independentemente dos CRB1s. No presente estudo isso pode ser visto entre as proporções de ocorrência de CRB1 e CRB2 entre as fases da pesquisa para a cliente Débora. Na fase de linha de base, a proporção de CRB1 foi maior que a proporção de CRB2. Na fase de intervenção, as duas categorias tiveram aumento significativo, sendo que a proporção de CRB1 continuou elevada em relação à proporção de CRB2. Por fim, na fase de reversão, a categoria CRB1 diminuiu e a categoria CRB2 aumentou, sendo que a proporção de CRB2, então, foi maior que a da categoria CRB1.

Quanto às categorias CRB e O, também para essa cliente, ocorreram mais comportamentos referentes à relação terapêutica na fase de intervenção, que os comportamentos não referentes à relação terapêutica.

Portanto, para a cliente Débora, as proporções de ocorrência de CRB1 e CRB2 ao longo das fases do estudo, corroborando Busch e cols. (2010), sugerem que houve uma mudança clínica importante. Os resultados do BDI pré e pós-tratamento parecem confirmar a melhora da cliente. Na aplicação pré-tratamento o BDI forneceu escore 15, indicativo de depressão leve. Já na aplicação pós-tratamento o escore foi 4, indicativo de depressão mínima. Para esta cliente os dados fornecidos pelo IHS também parecem ter mensurado a melhora. Na aplicação pré-tratamento a cliente obteve escore 78, que sugeria indicação para treinamento em habilidades sociais quando os déficits se tornam fonte de problema. Os dados pós-tratamento forneceram escore 113, que indica repertório bastante elaborado de habilidades sociais.

Assim, no que diz respeito às hipóteses dessa pesquisa, a intervenção pareceu ter sido efetiva em aumentar a frequência de TCRBs, mas não de ECRBs. Quanto aos comportamentos inefetivos da terapeuta, M e IN, a intervenção também pareceu ter influenciado a frequência dessas categorias, diminuindo sua ocorrência nas fases de intervenção e reversão.

Como para ambas as díades, a intervenção pareceu não ter efeito sobre a ocorrência da categoria ECRB, mas sim sobre a categoria TCRB, e, não obstante houve aumento nas categorias de CRBs e evidências de melhora das clientes, este dado parece confirmar o mecanismo de mudança hipotético da FAP, ou seja, de que a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos de seu cliente é o mecanismo de mudança clínica. Esse resultado é coerente com os resultados de Callaghan e cols. (2003), que sugeriram que a efetividade da FAP se dá em virtude do mecanismo hipotético de mudança: a resposta contingente do terapeuta aos comportamentos do cliente.

Por outro lado, a intervenção realizada pode ter tido influência na efetividade da categoria ECRB. Ou seja, a intervenção, embora não tenha influenciado a frequência dessa categoria, pode ter refinado o comportamento das terapeutas de evocar CRBs, uma vez que mais CRBs ocorreram na fase de intervenção. Estudos futuros, sobre essa base de dados, usando outras escalas de categorização, como a de Zamignani (2007), podem vir a confirmar ou não tal hipótese. Além disso, análises sequenciais mais refinadas, como a LSA, ao analisar a contingência entre essas categorias, pode também corroborar ou não a hipótese de que esse comportamento foi mais efetivo na fase de intervenção que nas demais fases.

Embora os resultados apresentados sugiram que a intervenção teve impacto no comportamento das terapeutas e, por conseguinte, no comportamento das clientes, pode ser que isso tenha acontecido em função de outras variáveis não controladas por este estudo, como, por exemplo, mudanças ocorridas nos ambientes das terapeutas que podem ter

influenciado a efetividade de seus comportamentos em sessão. Além disso, esse estudo não controlou a passagem do tempo, sendo que essa também pode ser uma explicação alternativa para a mudança no comportamento das terapeutas.

Nesse estudo buscou-se tomar alguns cuidados metodológicos a fim de fortalecer os resultados encontrados. Um desses cuidados foi usar duplas de categorizadores, independentes e cegos às hipóteses e fases da pesquisa, de forma a minimizar os vieses de categorização (Busch & cols. 2010). Além disso, o modelo utilizado foi o quase-experimental, no qual além de uma fase de manipulação de variáveis foi realizada a retirada da intervenção, configurando uma aproximação às condições de linha de base. Também foi realizada uma replicação simultânea com outra díade, de forma a comparar os dados encontrados e aumentar a validade externa desse estudo (Busch e cols. 2009). Por fim, a utilização de instrumentos de medida pré e pós-tratamento, também pareceu ser útil para mensurar a melhora das clientes e indicar a possibilidade de ter havido ou não a generalização para o ambiente extra-sessão das mesmas (Busch & cols. 2010).

No entanto, uma das fraquezas desse estudo, por exemplo, foi a quantidade de horas de treino das categorizadoras (36h), que foram poucas em comparação aos estudos realizados nessa área (Busch & cols. 2009; Busch & cols. 2010), que costumam ter no mínimo 100 horas de treino.

Portanto, os resultados desse estudo não devem ser tomados como conclusivos. É preciso que sejam realizadas replicações e estudos com outros desenhos de pesquisa para confirmar os resultados. Uma possibilidade de replicar e ampliar os resultados desse estudo seria realizar estudos que incluam, por exemplo, desenhos de linha de base múltipla intra-sujeito e inter-sujeitos.

No que diz respeito à escala de categorização FAPRS, este instrumento tem sido importante para refinar as pesquisas sobre a relação terapêutica. Além disso, conforme visto

nesse estudo, a FAPRS parece ser um instrumento que permite aprimorar também o treino de terapeutas no uso da FAP.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar se o feedback com categorizações das sessões, a partir da escala FAPRS, ao terapeuta que conduziu tais sessões era capaz de produzir um aumento em seus comportamentos efetivos em sessão, categorizados como ECRB e TCRB.

Para isso foi realizado um estudo de delineamento quase-experimental de caso único de reversão ABA' com uma díade terapeuta/cliente e, simultaneamente, uma replicação com outra díade terapeuta/cliente.

Participaram do estudo duas terapeutas e duas clientes. Optou-se por selecionar terapeutas iniciantes, de modo que as mesmas já tivessem em seu repertório comportamental a habilidade de evocar e responder de forma contingente aos CRBs de seus clientes, mas que essa habilidade não estivesse (totalmente) desenvolvida. Inicialmente, buscou-se por terapeutas recém-formadas. No entanto, uma das dificuldades em realizar esse estudo foi encontrar terapeutas que preenchessem os critérios de inclusão na pesquisa e aceitassem participar. Assim, apenas uma das terapeutas era recém-formada, sendo, a outra, aluna do quinto ano do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Os resultados encontrados indicaram que a categoria ECRB não teve aumento significativo nas fases de intervenção e reversão para as duas terapeutas participantes. Portanto, essa categoria pareceu não ter sofrido influência da intervenção realizada. No que diz respeito à categoria TCRB, os resultados encontrados para ambas as terapeutas foram compatíveis com os resultados esperados. Ou seja, a categoria TCRB teve um aumento significativo na fase de intervenção e, na fase de reversão se manteve elevada em comparação com a fase de linha de base. Assim, a intervenção pareceu ter impacto sobre a ocorrência da categoria TCRB, mas não sobre a categoria ECRB.

Foram analisadas também as categorias de CRBs, relativas aos comportamentos das clientes. De forma geral, mais comportamentos clinicamente relevantes ocorreram nas fases de intervenção e reversão. Esse resultado parece confirmar o impacto da intervenção sobre o comportamento das terapeutas que, tendo a frequência seus comportamentos efetivos elevada, foram mais efetivas em consequenciar de forma contingente o comportamento de suas clientes, o que pode ter causado o aumento de CRBs.

Além disso, os resultados encontrados sugerem que as clientes apresentaram melhora ao longo do processo terapêutico. Esse resultado, visto junto com o aumento de TCRBs e a constância da categoria ECRB, parece confirmar o mecanismo de mudança clínica da FAP, a saber, a resposta contingente do terapeuta aos CRBs de seu cliente.

No que diz respeito à escala FAPRS, esse estudo parece confirmar dados de estudos anteriores: que a FAPRS se constitui um importante instrumento para o estudo da relação terapêutica (Callaghan & cols., 2008). Além disso, nesse estudo, a FAPRS pareceu ser também um importante instrumento de treino e aprimoramento de terapeutas iniciantes no uso da FAP.

REFERÊNCIAS³

- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e Função da Relação Terapêutica na Terapia Comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23, 307-314.
- Bryington, A. A., Palmer, D. J., & Watkins, M. W. (2002): The Estimation of Interobserver Agreement in Behavioral Assessment. *The Behavior Analyst Today*, 3, 323-328.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A Micro-Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy's Mechanism of Change. *Behavior therapy*, 40, 280-290.
- Busch, A. M., Callaghan, G. C., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9, 98-116.
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E., & Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33, 381-390.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*. 9, 57-97.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational And Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delitti, M. (2005). A relação terapêutica na terapia comportamental. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (360-369). Santo André: Esetec.
- Ferro, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.

³ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association)

- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623–641.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463-467.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia analítico funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, Org.). Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 1991)
- McComas, J.J., Moore, T., Dahl, N., Hartman, E., Hoch, J., & Symons, F. (2009). Calculating Contingencies in Natural Environments: Issues in the Application of Sequential Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 413-423.
- Meyer, S. B., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria* (p. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2004). Relação Terapêutica: A Perspectiva Comportamental, Evidências e o Inventário de Aliança de Trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 201-209.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354.
- Tsai M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 127-136.
- 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, São Paulo, Brasil.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(*terapeuta*)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo estudar a relação terapêutica durante o curso de um atendimento psicoterapêutico. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Patrícia Hobold Meurer, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (xx) xxxx-xxxx, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h ou pelo email _____ para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A orientadora desta pesquisa pode ser contatada pelo telefone (xx) xxxx-xxxx ou pelo email _____ de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. Você ainda nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2º Andar, Curitiba – PR.

Sua participação consiste no atendimento semanal de um(a) cliente adulto(a) sob a perspectiva da Psicoterapia Analítica Funcional por aproximadamente quatro meses, sendo de extrema importância para que possamos estudar meios de treinar novos terapeutas neste tipo de atendimento. NÃO haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto é importante destacar que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco, sua identidade será preservada e você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Para podermos realizar a pesquisa, precisamos de sua colaboração, autorizando a gravação por áudio e vídeo dos atendimentos, bem como a utilização dos dados coletados para publicações científicas nas quais seu nome NÃO será citado. Asseguramos que após o término desta pesquisa o material gravado durante as sessões será destruído. É necessário informar que durante a realização desta pesquisa você não poderá receber supervisão do caso atendido por você nesta pesquisa, salvo a intervenção a ser realizada pela pesquisadora da qual você terá de participar.

Asseguramos que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidada a participar. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo em participar voluntariamente desse estudo e autorizo a publicação dos dados sem minha identificação.

Assinatura

Curitiba ____ de ____ de ____.

Patrícia Hobold Meurer
Pesquisadora responsável

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(cliente)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Efeito da Apresentação de Feedback no Comportamento do Terapeuta de Evocar e Responder aos Comportamentos Clinicamente Relevantes”, que tem por objetivo estudar a relação entre terapeuta e cliente durante o curso de um atendimento psicoterapêutico. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Patrícia Hobold Meurer, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (xx) xxxx-xxxx, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h ou pelo email _____ para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A orientadora desta pesquisa pode ser contatada pelo telefone (xx) xxxx-xxxx ou pelo email _____ de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. Você ainda nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2º Andar, Curitiba – PR.

Sua participação consiste em comparecer aos atendimentos psicoterapêuticos no Centro de Psicologia Aplicada da UFPR por aproximadamente quatro meses, autorizando a gravação por áudio e vídeo de seus atendimentos, bem como a utilização dos dados coletados em publicações científicas, sendo que seu nome NÃO será citado em tais publicações. Asseguramos que após o término desta pesquisa o material gravado durante as sessões será destruído. NÃO haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto, você será beneficiada com atendimento psicológico, durante quatro meses na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná. Decorrido este período você será encaminhada ao consultório particular da terapeuta que o atenderá durante a pesquisa. Para tal será firmado um acordo entre você a terapeuta conforme as regras de encaminhamento do Centro de Psicologia Aplicada, que prevê que o custo do atendimento seja firmado em um valor entre zero e vinte reais no máximo por sessão. Caso tal acordo não possa ser firmado por qualquer motivo, você será encaminhada para atendimento com outro(a) terapeuta da clínica-escola da Universidade Federal do Paraná.

Asseguramos que o tratamento dos dados coletados nesta pesquisa será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Destacamos que sua identidade será preservada e que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco, sendo que você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG n° _____ declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidada a participar. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar o convite e que posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo em participar voluntariamente desse estudo e autorizo a publicação dos dados sem minha identificação.

Assinatura

Curitiba ____ de ____ de ____.

Patrícia Hobold Meurer
Pesquisadora Responsável

ANEXO III
TERMO DE COMPROMISSO
(colaboradores)

Você está sendo convidado(a) a colaborar em uma pesquisa que tem por objetivo estudar a relação terapêutica durante o curso de um atendimento psicoterapêutico. Esta pesquisa será conduzida pela aluna Patrícia Hobold Meurer, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser encontrada pelo telefone (xx) xxxx-xxxx, em horário comercial de segunda a sexta-feira para esclarecimentos de eventuais dúvidas que possam surgir em relação a esta pesquisa.

Sua participação consiste na transcrição () OU categorização () de aproximadamente 16 sessões de terapia de dois clientes adultos, sendo de extrema importância para a realização deste estudo, devendo ser cumprida até o fim da fase de transcrições ou categorizações, que deverá durar aproximadamente quatro meses. É importante que durante a pesquisa você mantenha atitudes éticas em relação à díade terapêutica cujas sessões estejam sendo transcritas ou categorizadas por você. Sua participação na pesquisa implica em manter em segurança e sigilo os dados transcritos ou categorizados por você, devendo ser repassados à pesquisadora sem que você mantenha cópias dos mesmos.

Não haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto, você será beneficiado(a) com horas de pesquisa e de evento de extensão. É importante destacar que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco sendo que sua identidade será preservada.

Asseguramos que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidado(a) a ser colaborador(a). Concordo em colaborar voluntariamente com esta pesquisa e me comprometo a transcrever () ou () categorizar os dados coletados até o fim desta pesquisa, bem como em manter postura ética em relação aos participantes da pesquisa e aos dados coletados.

Assinatura
Curitiba _____ de _____ de _____.

Patrícia Hobold Meurer
Pesquisadora Responsável

ANEXO IV

A escala de categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)

List of Client Codes in FAPRS

Code	Full name of code	Brief Description
CRB1	Clinically Relevant Behavior 1 (problems in session)	Client engages in problematic behavior in-session in the context of the therapeutic relationship.
CRB2	Clinically Relevant Behavior 2 (improvements in session)	Client engages in improved behavior in-session in the context of the therapeutic relationship.
CRB3	Clinically Relevant Behavior 3 (description of important controlling variables)	Client describes how different controlling variables impact the client's behavior and when the client makes these functional descriptions.
CTR	Client Focus on the Therapeutic Relationship	Client focuses on the therapeutic relationship
O1	Discussion of Clinical Problems Outside the Therapeutic Relationship ("outside CRB1s")	Client discusses or describes problem behaviors that have been the focus of treatment but that occur in other situations outside of session.
O2	Discussion of Clinical Improvements Outside the Therapeutic Relationship ("outside CRB2s")	Client discusses or describes improvements that have been the focus of treatment but that occur in other situations outside of session.
CPR	Client Positive Session Progression	Client discusses or describes problems as they occur in situations other than the therapeutic relationship, or clarifies or provides context about problems; client engages in generally on-task behavior that is facilitative to discussion.

List of Therapist Codes in FAPRS

Code	Full Name of Code	Brief Description
TTR	Therapist Focus on Therapeutic Relationship	Therapist continues focus on therapeutic relationship including sharing the therapist's feelings in response to the client.
ECRB	Therapist Evokes a CRB	Therapist evokes a clinically relevant behavior by the client, either CRB1, 2, or 3.
TCRB1	Therapist Responds Effectively to CRB1	Therapist's response is to in-session client problem behavior.
TCRB2	Therapist Responds Effectively to CRB2	Therapist responds effectively to in-session improvements.
TCRB3	Therapist Responds Effectively to CRB3	Therapist responds to the client describing how different controlling variables impact the client's behavior; therapist shapes or models CRB3 for Client.
RO1	Therapist Responds to Client's Discussion of Clinical Problems Outside the Therapeutic Relationship	Therapist comments on problem behaviors the client describes having engaged in outside of the therapy session that are a focus of therapy.
RO2	Therapist Responds to Client's Discussion of Clinical Improvements Outside the Therapeutic Relationship	Therapist provides verbal reinforcement in response to the client describing improved behaviors outside of the therapy session that are a focus of therapy.
TPR	Therapist Positive Session Progression	Therapist engages in generally effective or facilitative behavior.
M1	Therapist Misses/Does not Respond to CRB1	Therapist does not respond to or misses an opportunity to respond to a CRB1.
M2	Therapist Misses/Does not Respond to CRB2	Therapist fails to reinforce an instance of a client's CRB2 or a reasonable approximation of a CRB2.
M3	Therapist Misses/Does not Respond to CRB3	Therapist misses an opportunity to respond to a client's description of important controlling variables or reasonable approximation.
IN	Generally Ineffective	Therapist engages in generally ineffective behavior.

HIERARQUIA DE DECISÃO DE CÓDIGOS MÚLTIPLOS

1. CÓDIGOS DO CLIENTE:

CRB1, CRB2, CRB3 > CTR, O1, O2, CPR

CRB2, CRB3 > CRB1

CRB2 > CRB3

CTR > O1, O2, CPR

O1, O2 > CPR

O2 > O1

2. CÓDIGOS DO TERAPEUTA:

TCRB1, TCRB2, TCRB3 > M1, M2, M3, IN

TTR, ECRB, TCRB1, TCRB2, TCRB3 > RO1, RO2, TPR

TCRB1, TCRB2, TCRB3 > TTR, ECRB

TCRB2, TCRB3 > TCRB1

TCRB2 > TCRB3

ECRB > TTR

M1, M2, M3, IN > TTR, RO1, RO2, TPR

M1, M2, M3 > IN

M2 > M1, M3

M1 > M3

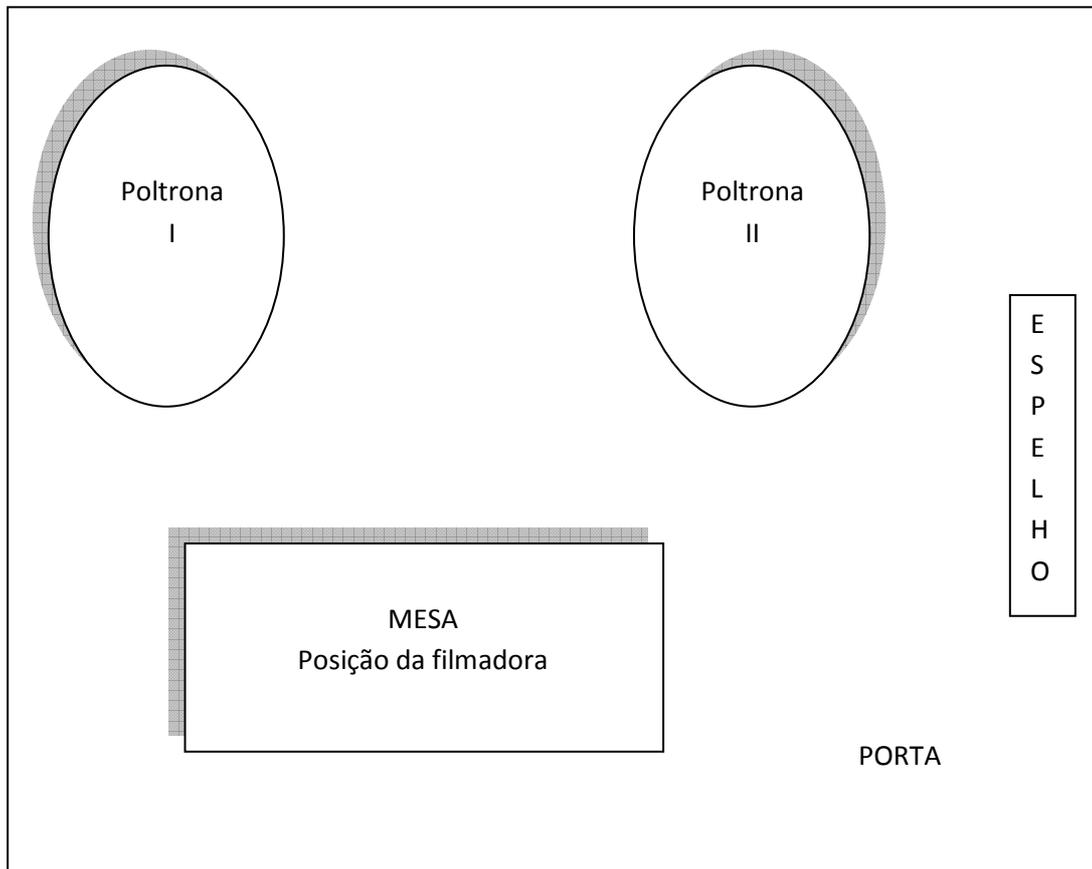
ANEXO V

Roteiro para conceituação de caso (Tsai & cols., 2009).

FAP Conceptualization and Treatment Plan for Client:	
Therapist:	Date:
Relevant History:	
O1s – Daily Life Problems:	
- Can Include Problematic Thoughts for FAP Enhanced Cognitive Therapy	
- Can include socio-political problems	
Variables Maintaining Problems:	
Assets and Strengths:	
CRB1s: In Session Problems:	
CRB2s: In Session Target Improvements:	
O2s – Daily Life Goals	
- Can include improved thoughts for FAP Enhanced Cognitive Therapy	
- Can include socio-political improvements	
Planned Interventions:	
T1s (Therapist In Session Problems)	
T2s (Therapist In Session Target Behaviors)	

ANEXO VI

Planta Baixa da sala onde foram realizados os atendimentos



ANEXO VII

Conceituação FAP e Plano de Tratamento

Terapeuta: Natália

Cliente: Taís

1. Breve resumo das variáveis históricas relevantes

Taís, sexo feminino, 25 anos, é secretária e trabalha em uma empresa. Atualmente, mora com a irmã mais nova e com sua mãe. Na adolescência, quando tinha aproximadamente 15 anos, seus pais se separaram. Desde essa época sua mãe costuma se relacionar com outros homens e geralmente vai morar com eles enquanto dura o relacionamento. A cliente contou que após a separação, sua mãe se casou com uma pessoa perigosa e que essa foi a pior época de sua vida. Relatou uma situação de extrema violência que vivenciou naquela época. Conta que sentia muito medo que alguém tentasse fazer alguma coisa contra ela e sua família.

A cliente relatou que os relacionamentos da mãe sempre foram motivos de brigas e que em uma ocasião, enquanto ela, a irmã e a mãe discutiam por causa disso, a mãe as expulsou de casa. A cliente diz ter se preocupado muito com os irmãos naquele momento (Taís também tem um irmão mais novo), sentindo-se responsável por eles, assim, buscou ajudá-los e apoiá-los.

Disse sentir muita raiva da mãe por ela colocar a família em risco por causa de um homem. No último relacionamento da mãe, esta se mudou para outro estado e, mais tarde, ligou para Taís pedindo ajuda para voltar para a cidade, pois disse estar passando fome.

Após a separação de seus pais, o pai de Taís se mudou para outro país e, desde então, ela não tem contato com ele. Conta que seus pais costumavam brigar muito quando eram casados e que ela presenciou muitas dessas brigas.

Taís teve apenas um namorado, relação que durou 6 meses e teve alguns términos nesse período. Contou que, quando seu ex-namorado terminou definitivamente o relacionamento deles, ele justificou dizendo coisas como: “já enjoiei da sua cara”; “gosto de mulher magra e que se arrume, você não se arruma”. Taís teve outros relacionamentos passageiros, sendo um com um homem casado na época de sua faculdade, outro que tinha namorada e um terceiro que morava em outra cidade e tinha um relacionamento mal terminado com sua ex-namorada. Taís diz que acha os homens “cachorros”.

É Taís quem controla o dinheiro que a família recebe com o aluguel de um imóvel e as despesas da casa, sua mãe e sua irmã estão desempregadas. Ela se preocupa muito com as despesas e gastos. A cliente disse ter buscado terapia por alguns medos que tem sentido. Disse que já foi vítima de assalto quando era adolescente e que já sofreu assédio sexual no ônibus. Relatou ter muito medo de violência, assalto e assédio por parte de homens. A cliente contou que tem medo de sair de casa sozinha durante a noite e que se sente impotente nessas situações.

2. Variáveis mantenedoras do problema

Durante a adolescência a cliente passou por situações de abandono. Sua mãe deu preferência a relacionamentos amorosos e seu pai mudou-se para outro país. Essas situações estão relacionadas aos comportamentos de esquiva dos relacionamentos afetivos, pois ao não se envolver a cliente se esquiva da possibilidade de um novo abandono

Antecedente	Resposta	Consequência
Possibilidade de relacionamento afetivo	Recusar convites para sair; Omitir fatos importantes da sua história de vida; Fugir do relacionamento	Evita o abandono;

A ocasião do relacionamento da mãe com a pessoa perigosa também foi um evento importante na vida da cliente. Nessa ocasião, Taís passou a tentar exercer controle diante das situações esquivando-se da situação e amenizando os problemas.

Antecedente	Resposta	Consequência
Situações da vida cotidiana que podem se tornar problemas (Ex. situação financeira, relacionamentos afetivos, violência)	Controlar as despesas da casa no início do mês com planilhas; Tentar controlar os relacionamentos da mãe; Evitar sair de casa.	Evita mais problemas Ameniza os problemas

O comportamento de controlar se generalizou também para outras situações da vida de Taís. Entretanto, em algumas situações, como a relatada na queixa de violência e nos relacionamentos, nem sempre a cliente tem possibilidade de exercer controle. Nas ocasiões que a cliente vai sair à noite, por exemplo, muitas vezes, desmarca na última hora e tem dores de cabeça. Nessas situações, a cliente não tem como controlar se haverá um episódio de violência ou não. Ela evita a saída, não resolve o problema do seu medo e ainda perde a possibilidade de entrar em contato com reforços sociais positivos. Nos relacionamentos a cliente também tenta controlar os acontecimentos, entretanto isso também não é possível. A cliente, muitas vezes, não aceita convites ou desmarca encontros, pois diz ter feito um planejamento prévio do que deve ser feito. Taís tenta não se envolver e se não mostrar nos relacionamentos e relata que tem medo do que a outro pensará dela.

3. Habilidades e pontos fortes do cliente

Apesar da esquivas de aprofundamento e envolvimento nos relacionamentos, quando a terapeuta faz muitas perguntas, obtém respostas da cliente. Isso evidencia que a cliente entrou no processo terapêutico, apesar da dificuldade de se aprofundar nos temas sem o auxílio da terapeuta. Além disso, a cliente mostra-se uma pessoa bastante determinada e possui condições de discriminar as dificuldades de sua vida.

4. Comportamentos que ocorrem fora da sessão (O1 e O2)

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
O1	<p>Classe de respostas de esquiva de envolvimento afetivo</p> <p>Classe de respostas de controle;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Envolvimento com o filho do chefe, com colega da faculdade casado e homem que tem namorada.- Relaciona-se sexualmente com os homens e depois os relacionamentos não se mantêm.- Quando um relacionamento começa a se “aprofundar” Taís se afasta/ termina a relação. (disse que a pessoa pode se decepcionar ao conhecê-la melhor)- Evita pedir ajuda quando precisa. - Controla o dinheiro da casa sozinha;- Monopoliza as responsabilidades da casa;- Preocupa-se excessivamente com as despesas e dívidas;- Preocupa-se excessivamente com os comportamentos da mãe;- Recusa convites de amigos para sair, pois sempre pensa na rotina planejada e não gosta de mudar;- Evita gastar seu dinheiro em lazer por medo de necessidades futuras;- Evita sair à noite e conversar com desconhecidos;
O2	<p>Classe de respostas de se envolver e se aprofundar nos relacionamentos;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relatar seus sentimentos para as pessoas com quem se relaciona;- Contar para os amigos sobre os problemas de sua família;- Envolver-se com pessoas com as quais haja possibilidade de continuar o relacionamento.- Se expor a situações nas quais possa produzir reforços sociais, como sair, conversar, etc.- Pedir ajuda, quando precisa

O2	Classe de respostas frente a situações nas quais o controle não é possível	<ul style="list-style-type: none">- diminuir o controle;- Pedir ajuda;- Dividir as responsabilidades da casa com a mãe e a irmã;- Tolerar a falta de controle nos relacionamentos afetivos – ex.: se expor e se manter nos relacionamentos por mais tempo, antes de decidir se gosta ou não da pessoa.- Aceitar agrados ou favores;- Expor-se a situações que evita, como sair à noite.
-----------	--	--

5. Comportamentos que ocorrem na sessão: CRB1 e CRB2

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
CRB1	<p>Classe de respostas de esquiva de envolvimento com a terapeuta;</p> <p>Classe de respostas de controle</p>	<p>Só fala de assuntos relevantes quando pressionada pela terapeuta; A cliente responde as perguntas da terapeuta de forma curta e tem uma postura de arrogância; Demonstra não precisar da ajuda da terapeuta;</p> <p>Depois da primeira sessão, a terapeuta falou que ligaria para a cliente confirmando a próxima sessão e a cliente disse que ela mesma poderia ligar para a terapeuta ou para a autora da pesquisa. A cliente ligou para a autora da pesquisa antes da terapeuta fazer o contato telefônico com ela. Depois de um relato no qual chorou muito, a cliente pediu para ir ao banheiro. Como a sessão estava no fim, a terapeuta tentou encerrar a sessão, mas a cliente não escutou e saiu para ir ao banheiro. Depois, a cliente voltou e a terapeuta conseguiu encerrar a sessão.</p>
CRB2	<p>Classe de respostas de envolvimento na terapia e com a terapeuta;</p> <p>Classe de respostas de controle</p>	<p>Falar de temas relevantes e importantes para o processo terapêutico mais detalhada e profundamente. Mudar a postura arrogante com a terapeuta e a forma de responder as perguntas, dando mais detalhes e falando dos assuntos importantes; Relatar seus sentimentos sobre a terapeuta e o processo terapêutico; Pedir ajuda / considerar a terapeuta como fonte de ajuda.</p> <p>Considerar / Acatar as sugestões da terapeuta;</p>

6. Intervenções planejadas

As intervenções planejadas tiveram como objetivo aumentar a frequência dos CRB2s e O2s e diminuir a frequência dos CRB1s e O1s. Para isso, foi utilizado o aqui agora da sessão: A terapeuta procurou oferecer contexto para que a cliente se envolvesse na terapia, bem como com a terapeuta, de forma a gerar um relacionamento profundo, no qual a cliente fosse capaz de se expor, colocar-se em posição vulnerável, de intimidade e conseguisse “contar com a ajuda” da terapeuta, ou seja, um relacionamento no qual a cliente fosse capaz de abrir mão do controle que exerce em outros relacionamentos e, desta forma, envolver-se verdadeiramente com a terapeuta.

Com a terapia, a cliente deveria desenvolver repertório para:

- Envolver-se nos relacionamentos e aprofundar-se nos relacionamentos;
- Expor sentimentos;
- Solucionar problemas que exijam enfrentar situações nas quais não é possível ter o controle;
- Diminuir o controle que exercia, seja em situações práticas do dia a dia, seja em seus relacionamentos;
- Diminuir suas responsabilidades sobre as despesas da casa;
- Enfrentar as dificuldades de relacionamento com a mãe;
- Engajar-se em atividades que fossem reforçadas positivamente (ex. fazer programas com amigos, etc.)

7. Comportamentos do terapeuta: T1 (comportamentos do terapeuta que podem dificultar a condução adequada das sessões) e T2 (comportamentos que o terapeuta deve buscar desenvolver para a condução adequada das sessões)

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
T1	<p>Classe de respostas de evitação de expor os sentimentos em relação ao cliente e à terapia;</p> <p>Classe de respostas de esquiva de usar o aqui e agora da sessão.</p>	<p>Omitir da cliente o sentimento em relação à ela.</p> <p>Deixar de fazer perguntas relevantes quando a terapia pedia isso;</p> <p>Evitar insistir com as perguntas sobre algum assunto;</p> <p>Sentir-se “chata” ao fazer as perguntas à cliente;</p> <p>Ficar sob controle do que a cliente relata em vez de identificar os CRB1s na sessão;</p> <p>Evitar falar sobre os CRB1s que acontecem na sessão;</p> <p>Sentir-se chata e malvada ao apontar os CRB1s na sessão.</p>
T2	<p>Classe de respostas de fazer perguntas relevantes;</p> <p>Classe de respostas de exposição de sentimentos em relação ao cliente e à terapia;</p> <p>Classe de respostas de intervenções usando o aqui e agora da sessão.</p>	<p>Fazer perguntas relevantes quando a terapia pede isso;</p> <p>Dar continuidade com as perguntas em algum assunto;</p> <p>Expor-se aos sentimentos de ser chata e fazer as perguntas;</p> <p>Falar sobre o sentimento em relação ao cliente quando a terapia pede isso.</p> <p>Identificar os CRB1 na sessão mais adequadamente;</p> <p>Falar sobre os CRB1 que acontecem na sessão;</p> <p>Expor-se aos sentimentos de ser chata e malvada e apontar o CRB1</p>

ANEXO VIII

Conceituação FAP e Plano de Tratamento

Terapeuta: Helena

Cliente: Débora

1. Breve resumo das variáveis históricas relevantes

Débora é uma mulher de 25 anos, solteira, analista de recursos humanos e trabalha em uma empresa exercendo esta função. Mudou-se para Curitiba há um ano, após o falecimento de sua mãe. Desde então, tem vivido na casa de um casal de tios e está em processo de compra de um apartamento, sendo que então passará a morar sozinha. Débora tem um irmão mais velho, já casado que reside em outra cidade. A cliente relatou ter procurado atendimento por iniciativa própria, uma vez que ainda se sente muito abalada em decorrência do falecimento de sua mãe. Justificou sua mudança para Curitiba dizendo que não conseguiria continuar morando na mesma casa em que vivia com a mãe, desde que seus pais se separam (quando ela tinha 11 anos de idade) e na qual tudo remetia à lembranças de sua mãe. Disse “quis virar a página (...) mudar da casa (...) recomeçar” (sic). Segundo Débora, em alguns dias, ela se sente bem “como se já tivesse passado muito tempo”(sic), no entanto, conta que em outros dias, sente muita falta de sua mãe, que qualquer coisa remete à sua lembrança e que então acaba chorando onde quer que esteja, como no trabalho, na faculdade ou no ônibus. Diz: “ela não era só minha mãe, era minha melhor amiga, minha confidente! Nós éramos muito ligadas” (sic) “não entendo porque a única pessoa que eu tinha me foi tirada” (sic), “sei que já sou adulta, que tenho que tocar em frente, mas eu ainda precisava dela...” (sic) e “tem horas que eu canso de ser forte”(sic).

Seu pai faleceu há oito anos, no entanto, Débora já havia se desligado do mesmo antes de seu falecimento. Em relação ao irmão também não tem muita proximidade. Diz ressentir-se de não ser mais próxima do irmão, mas fala que não sabe se é melhor não ter um relacionamento próximo com o mesmo, ou tê-lo e sofrer muito se o perder, como aconteceu com sua mãe. A cliente não namora atualmente, diz que só sente falta de namorado quando está triste, para “ter alguém pra quem chorar” (sic), conta que não sabe se acaso se trata de um “bloqueio inconsciente de evitar intimidade” (sic) e diz: “não quero me apegar e depois perder, não quero sofrer de novo” (sic). Por outro lado diz “ao mesmo tempo acho que nada vai me abalar mais do que o que me aconteceu” e diz que tem um sentimento misto de fragilidade (em função da perda de sua mãe) *versus* de fortalecimento, uma vez que considera que perdeu a pessoa mais importante para ela e, desta forma, outras perdas seriam menos dolorosas. No que diz respeito a outros relacionamentos, a cliente diz ter duas amigas muito próximas que vivem em sua antiga cidade, mas que na nova cidade ainda não se tornou tão próxima de ninguém. Conta que tem um bom relacionamento com seu tio, o qual já mantinha uma boa relação com sua mãe e a lembra em muitos aspectos. Em relação à esposa de seu tio, ela tem algumas dificuldades, não aceitando a aproximação da tia: “ela tenta ocupar esse espaço da minha mãe, mas é tudo muito diferente, não dá, desculpe, eu tive uma mãe maravilhosa, ninguém vai ocupar o lugar dela” (sic).

Como objetivos para o tratamento Débora disse querer ampliar seu autoconhecimento e estabilizar suas emoções “ter um canto certo pra chorar” (sic). Disse querer entender o que era normal ou até que ponto é normal ainda sentir tanto pelo falecimento de sua mãe. Fala também que, se estiver acontecendo algum bloqueio em relação à sua aproximação a outras pessoas, em relacionar-se com outra pessoa, gostaria também de trabalhar isso em sua terapia.

2. Variáveis mantenedoras do problema

Pode-se considerar que, à medida que o comportamento de se envolver emocionalmente foi punido com a morte da mãe, passou a operar o repertório de esquiva de envolvimento afetivo, reduzindo a probabilidade de que a cliente voltasse a sofrer com a perda de alguém querido.

3. Habilidades e pontos fortes do cliente

Apesar de evitar relacionamentos íntimos e ter dificuldade para abordar em sessão alguns de seus problemas, a cliente é comunicativa e realiza as atividades propostas.

Antecedente	Resposta	Consequência
Operação supressora: perda da mãe (fonte de reforço)	Queda da taxa de respostas, pouca variabilidade; Esquiva de relacionamentos	Privação de S+ S- por evitar perdas, acompanhado de sentimentos de “tristeza” e “solidão”
Morar com os tios	Sentimento de “depende”; Fica fora de casa Evita conversar com a tia	Mantém os tios longe; Sente-se “sozinha”
Ser questionada sobre seus sentimentos	Fala sobre outros assuntos; Ri de situações “tristes”	Evita contato com seus sentimentos; Evita tornar-se íntima da terapeuta Suspende o aversivo da repetição da pergunta

4. Comportamentos que ocorrem fora da sessão (O1 e O2)

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
O1	Classe de esquiva de envolvimento afetivo. (S-)	<ul style="list-style-type: none">- Em casa, vai para o quarto, evita conversar com a tia, mesmo quando esta tenta uma aproximação.- Vai ao shopping sozinha- Fica em casa nos fins de semana- Quando as pessoas falam que ela precisa de um namorado, Débora diz que não precisa, não quer, que só pensa nisso quando está sentindo-se sozinha.- Evita “incomodar” outras pessoas- Busca ser independente
O2	Classe de relacionamentos mantidos por S+	<ul style="list-style-type: none">- Desenvolver vínculos de amizade e/ou relacionamento amoroso (expor-se ao “risco” de se relacionar)- Participar de mais situações sociais- Aceitar a aproximação da tia e de outras pessoas.

5. Comportamentos que ocorrem na sessão: CRB1 e CRB2

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
CRB1	Classe de esquiva de envolvimento afetivo. (S-)	<ul style="list-style-type: none">- A cliente muda de assunto quando questionada sobre seus sentimentos;- Apresenta discurso prolixo, fala da vida de outras pessoas e conta histórias paralelas ao que foi perguntado.- Quando fala de situações emocionalmente significativas, ri ou chora demasiadamente.- parece estar certa de que o modo como está vivendo é o melhor (afastada de outros) e demonstra não precisar da ajuda da terapeuta (ex. vim aqui para ter um lugar chorar; para parar de incomodar outros de fora com o choro)- considera que “ser independente” é não relacionar-se “intimamente”
CRB2	Classe de relacionamentos mantidos por S+	<ul style="list-style-type: none">- Receber e expressar afeto,- Entrar profundamente nas questões da terapia- desenvolver um relacionamento mais íntimo com a terapeuta; estar disposta a “depende” um pouco mais da terapeuta- Mostrar-se disposta a desenvolver relacionamentos íntimos, a se expor sem medo da perda (mudar o controle de S- para S+)

6. Intervenções planejadas

Oferecer *feedback* sobre o relacionamento terapêutico, desenvolver relacionamento de intimidade e confiança, reforçar expressões de afeto e intimidade, modelar a expressão de sentimentos.

7. Comportamentos do terapeuta: T1 (comportamentos do terapeuta que podem dificultar a condução adequada das sessões) e T2 (comportamentos que o terapeuta deve buscar desenvolver para a condução adequada das sessões)

	Classes de Respostas	Exemplos de topografia
T1	Classe de respostas de evitação de exposição de sentimentos em relação ao cliente e à terapia;	Evitar expressar afeto e falar pouco sobre o relacionamento terapêutico
T2	Classe de respostas de exposição de sentimentos em relação ao cliente e à terapia;	Oferecer <i>feedback</i> , falar sobre os próprios sentimentos em relação à cliente