

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JULIANA MARIA BUBNA POPOVITZ

**A RESPOSTA CONTINGENTE DO TERAPEUTA AOS COMPORTAMENTOS
CLINICAMENTE RELEVANTES: ESPECIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO**

Curitiba

2013

JULIANA MARIA BUBNA POPOVITZ

**A RESPOSTA CONTINGENTE DO TERAPEUTA AOS COMPORTAMENTOS
CLINICAMENTE RELEVANTES: ESPECIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia - Mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

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

Linha de Pesquisa: Psicologia Clínica

Trabalho financiado pela CAPES/REUNI

Curitiba

2013

Catálogo na Publicação

Aline Brugnari Juvenêncio – CRB 9ª/1504

Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Popovitz, Juliana Maria Bubna

A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: especificação e avaliação / Juliana Maria Bubna Popovitz. – Curitiba, 2013.

102 f.

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

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

1. Comportamento – Avaliação. 2. Terapia do comportamento.
3. Psicoterapeuta e paciente. 4. Fuga (Psicologia). I. Título.

CDD 150.195



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





ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA


Às nove horas e trinta minutos do dia dezenove de março do ano de dois mil e treze, na sala 208 do prédio Histórico desta Universidade, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, a mestranda **JULIANA MARIA BUBNA POPOVITZ**, tendo como Título da Dissertação "O responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: especificação e avaliação". Constituíram a Banca Examinadora a Professora Doutora Jocelaine Martins da Silveira, orientadora, Professora Doutora Sonia Beatriz Meyer e Professora Doutora Giovana Munhoz da Rocha, titulares. Após a exposição da mestranda, os membros da Banca Avaliadora fizeram suas considerações e declararam a aluna:

- Aprovada sem restrições.
- Aprovada, mas na condição de tomar as seguintes providências:
- _____
- _____
- Reprovada

Eu Jocelaine Martins da Silveira, orientadora, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.


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


Prof.ª Dr.ª Sonia Beatriz Meyer
Universidade de São Paulo - USP
Professora Titular


Prof.ª Dr.ª Giovana Munhoz da Rocha
Universidade Tuiuti do Paraná
Professora Titular

*À minha família, pelo apoio incondicional e
por sempre acreditarem nos meus sonhos.*

Agradecimentos

Esse trabalho é fruto de grande dedicação, horas de esforço e algumas noites em claro, mas não teria sido possível sem o apoio e sacrifício de pessoas muito importantes para mim.

Agradeço aos meus pais, Edson e Mirian, pelo maior presente de todos e por terem me ensinado que o mais importante na vida não é o que você tem, mas quem você é. Eu tenho muito orgulho de ser filha de vocês!

Agradeço à Tia Rose, minha primeira professora e a pessoa que me ensinou o amor pelo conhecimento. Eu nunca vou me esquecer das tardes em que “brincávamos” de escrever, nem das conversas sobre a vida, o universo e muito mais.

Agradeço à professora Jocelaine, que, nessa jornada, passou de orientadora a amiga, sempre paciente, dedicada e disposta. Obrigada por inspirar e encorajar minha trajetória acadêmica!

Ao meu irmão Pedro, por aturar meus dias difíceis e aguentar meu lado mais mal-humorado. E pelas piadas que, mesmo sem graça, fazem meus dias mais alegres!

Agradeço ao Henrique, irmão do coração, pelas conversas quase incompreensíveis, mas sempre muito divertidas!

À Leila, Carla, Ana e Adri, amigas insubstituíveis, agradeço por terem me aguentado por dois anos falando sempre do mesmo assunto e por terem entendido que nem sempre eu pude estar presente como gostaria!

Agradeço à Gabi, Malu, Alisson e Marcos, amigos que eu encontrei pelo caminho, pela grande ajuda e pelos cafés e conversas nos intervalos.

Agradeço à Fran, Ciça, Su e Pati, pelas dicas e conselhos que fizeram minha vida mais fácil e me pouparam de muita dor de cabeça!

Aos terapeutas, categorizadores e clientes que toparam participar dessa pesquisa. Sem o comprometimento deles, esse trabalho não seria possível.

Agradeço ao Laboratório de Análise Estatística da UFPR, em particular ao Thiago Pires, pelo trabalho primoroso que realizaram!

Agradeço a CAPES, pelo apoio financeiro que viabilizou esse trabalho.

*"Juntamos palavras, palavras e
palavras, um pronome pessoal, um
advérbio, um verbo, um adjetivo, e, por
mais que intentemos, por mais que nos
esforcemos, sempre acabamos por nos
encontrar do lado de fora dos
sentimentos que ingenuamente tínhamos
querido descrever, como se o sentimento
fosse assim como uma paisagem, com
montanhas ao longe e árvores ao pé." (O
Homem Duplicado – José Saramago)*

Popovitz, J. M. B. (2013). *A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: especificação e avaliação*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

Pesquisas voltadas para o campo da clínica comportamental têm buscado identificar e compreender como certos fenômenos interferem no processo terapêutico. Assim, descrever os procedimentos para o terapeuta, relacionados à mudança clínica, apresenta-se como um desafio. O refinamento da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), por meio das cinco regras para o terapeuta e, mais recentemente, da interação lógica da FAP, contribuem para essa tarefa. Nesse contexto, o presente trabalho apresenta dois artigos. O primeiro tem o objetivo de apresentar a interação lógica da FAP, que permite descrever o responder contingente do terapeuta. São discutidas alternativas de operacionalização do responder contingente aos comportamentos clinicamente relevantes tipo 1 (CRB1), por meio do bloqueio de fuga/esquiva. No segundo artigo, busca-se avaliar o efeito do bloqueio nos CRBs. Para isso, foram planejadas duas condições. Na primeira, o terapeuta permitia a emissão de CRB1, sem consequenciá-lo, respondendo a instâncias de melhora (CRB2) e relatos do cliente (Os). Na segunda condição, a orientação foi manter o procedimento anterior de responder a CRB2 e Os, mas responder de forma diferenciada ao CRB1, interrompendo sua emissão por meio de uma das quatro alternativas que foram desenvolvidas para o artigo. Os resultados são analisados por meio de porcentagem de categorias e análise de probabilidade transicional. Discutem-se diferenças de procedimentos entre as condições e o possível efeito da intervenção. As conclusões do presente estudo indicam que a operacionalização dos passos da interação lógica pode ser útil para pesquisas que visam isolar e avaliar procedimentos da FAP. Conclui-se que possivelmente o bloqueio de fuga/esquiva esteja relacionado com instâncias de melhora clínica dos clientes.

Palavras-chave: análise comportamental clínica, bloqueio de fuga/esquiva, Psicoterapia Analítica Funcional.

Popovitz, J. M. B. (2013). *Therapist's contingent responding to clinically relevant behaviors: specification and evaluation*. Master's thesis, Universidade Federal do Paraná.

ABSTRACT

Researches on behavior therapy field have intended to identify and understand how certain phenomena interfere on the therapeutic process. Thereby, describing the procedures related to clinical change is a challenge. The improvements of Functional Analytic Psychotherapy (FAP), throughout the five therapeutic rules to therapists and, more recently, FAP logical interaction framework contribute to this task. On this context, this study presents two papers. The first one aims to presenting FAP logical interaction and describing the therapist's contingent responding. Operationalization to therapist's contingent responding to clinically relevant behaviors type 1 (CRB1) are discussed, adopting avoidance/escape blocking. The second paper intends to evaluate the effects of blocking on CRBs. In order to carry out the research, two conditions were planned. The first condition, therapist allowed CRB1 emission, without responding to them. They responded to clinical improvements (CRB2) and client's talk about outside issues (Os). On the second condition, the orientation was to keep the procedures of responding to CRB2 and Os, but also to respond differentially to CRB1, interrupting its emission using one of the alternatives developed to the research. Results are analyzed using categories percentage and transitional probability analysis. Differences of procedures between conditions and the possible effects of intervention are discussed. The conclusions to this study indicate that operationalization of FAP logical interaction steps might be useful to researches aiming to isolate and evaluate FAP procedures. Finally, it is possible that avoidance/escape blocking may be related to client's clinical improvements.

Key-words: clinical behavior analysis, avoidance/escape blocking, Functional Analytic Psychotherapy

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 09 |
| ARTIGO 1: A ESPECIFICAÇÃO DO RESPONDER CONTINGENTE DO TERAPEUTA AOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES | 11 |
| Resumo | 11 |
| Abstract | 11 |
| Introdução | 12 |
| O responder contingente do terapeuta ao CRB1 | 17 |
| Considerações finais | 23 |
| Referências | 24 |
| ARTIGO 2: EFEITOS DO BLOQUEIO DE FUGA/ESQUIVA NOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES | 31 |
| Resumo | 32 |
| Abstract | 32 |
| Introdução | 32 |
| Método | 35 |
| Participantes | 35 |
| Local | 36 |
| Materiais | 36 |
| Instrumentos | 37 |
| Aspectos Éticos | 38 |
| Delineamento da pesquisa | 38 |
| Procedimentos | 39 |
| <i>Treino de Terapeutas</i> | 39 |
| <i>Treino de Categorizadores</i> | 40 |
| <i>Coleta de dados</i> | 41 |
| <i>Supervisões</i> | 42 |

| | |
|-----------------------------|----|
| <i>Categorização</i> | 42 |
| <i>Análise dos dados</i> | 42 |
| Resultados | 43 |
| Díade 1 | 43 |
| Díade 2 | 47 |
| Discussão | 49 |
| Considerações finais | 55 |
| Referências | 57 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Os doze passos da interação lógica da FAP | 14 |
| Figura 2: Alternativas de resposta contingente do terapeuta ao CRB1 | 19 |
| Figura 3: Looping envolvendo CRB1 e TCRB1 | 20 |
| Figura 4: Os doze passos da interação lógica da FAP | 32 |
| Figura 5: Delineamento da pesquisa, apresentando a etapa preliminar e as condições do estudo | 36 |
| Figura 6: Porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 (CRB1 e CRB2), nas condições do estudo, para a Díade 1 | 43 |
| Figura 7: Porcentagem das categorias do terapeuta de evocar CRB (ECRB), responder contingentemente ao CRB1 (TCRB1) e perder a oportunidade de responder ao CRB (M), nas quatro condições do estudo, para a Díade 1 | 44 |
| Figura 8: Porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 (CRB1 e CRB2), nas condições do estudo, para a Díade 2 | 46 |
| Figura 9: Porcentagem das categorias do terapeuta de evocar CRB (ECRB), responder contingentemente ao CRB1 (TCRB1) e perder a oportunidade de responder ao CRB (M), nas quatro condições do estudo, para a Díade 2 | 46 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Lista de códigos do cliente na FAPRS | 35 |
| Tabela 2: Lista de códigos do terapeuta na FAPRS | 35 |
| Tabela 3: Índice kappa, calculado para as duplas pesquisadora/categorizador 1 e pesquisadora/categorizador 2 | 39 |
| Tabela 4: Sessões referentes a cada condição do estudo, de acordo com a díade | 39 |
| Tabela 5: Escores do inventário de habilidades sociais e de depressão, ao início e final da coleta de dados, para Cliente 1 | 42 |
| Tabela 6: Valores da análise de probabilidade transicional para Díade 1, nas condições A1/A2 e B1/B2 | 43 |
| Tabela 7: Escores do inventário de habilidades sociais e de depressão, ao início e final da coleta de dados, para Cliente 2 | 45 |
| Tabela 8: Valores da análise de probabilidade transicional para Díade 2, nas condições A1/A2 e B1/B2 | 45 |

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Conceituação de caso

Anexo 2: Planta baixa da sala de atendimento

Anexo 3: Carta do Comitê de Ética e Termos de Consentimento e Compromisso

Anexo 4: Manual de treino de terapeutas para o uso do bloqueio de fuga/esquiva

Anexo 5: Tabelas complementares da análise estatística

GLOSSÁRIO

| Sigla | Designação por extenso |
|--------------|---|
| CRB1 | Comportamento clinicamente relevante 1 |
| CRB2 | Comportamento clinicamente relevante 2 |
| O1 | Discussão de comportamento problema fora da relação terapêutica |
| O2 | Discussão de comportamento de melhora fora da relação terapêutica |
| CPR | Progresso positivo do cliente em sessão |
| ECRB | Terapeuta evoca CRB |
| TCRB1 | Terapeuta responde efetivamente a CRB1 |
| TCRB2 | Terapeuta responde efetivamente a CRB2 |
| RO | Terapeuta responde a discussão do cliente sobre comportamentos clinicamente relevantes fora da sessão |
| TPR | Progresso positivo do terapeuta |
| M | Terapeuta perde ou não responde a um CRB |
| FAP | Functional Analytic Psychotherapy |
| FAPRS | Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale |
| IHS | Inventário de Habilidades Sociais |
| BDI | Beck Depression Inventory |
| T1 | Comportamentos do terapeuta que podem atrapalhar a interação com o cliente |
| T2 | Comportamentos do terapeuta que podem facilitar a interação com o cliente |

APRESENTAÇÃO

Esse estudo surgiu do interesse em se investigar uma prática clínica chamada comumente de confrontação. Após o trabalho de refinamento conceitual, chegou-se à questão dos procedimentos do terapeuta em resposta aos comportamentos do cliente. A partir da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), tornou-se possível isolar as respostas do terapeuta e, assim, passou-se da tentativa inicial em operacionalizar o termo “confrontação” para a descrição do responder contingente do terapeuta a respostas de fuga ou esquiva do cliente e a avaliação do seu efeito.

Para atingir esse objetivo, o trabalho foi dividido em dois artigos. O primeiro descreve as cinco regras para o terapeuta e a interação lógica da FAP. A interação lógica é uma forma de apresentação das cinco regras na qual são especificadas respostas do terapeuta e cliente as quais credita-se a mudança clínica. Um desses passos descreve o mecanismo de mudança da FAP: o responder contingente ao CRB. A partir disso, são propostas duas formas de o terapeuta responder aos comportamentos relacionados ao problema do cliente (CRB1): por meio do reforço diferencial de respostas concorrentes ou interrompendo a resposta em curso. O objetivo desse artigo é demonstrar como o refinamento conceitual da FAP pode ajudar a descrever procedimentos do terapeuta que são considerados eficazes na promoção da mudança clínica, de forma a viabilizar estudos empíricos que os avaliem.

O segundo artigo, por sua vez, é o relato da pesquisa, cujo objetivo foi avaliar os efeitos do bloqueio de fuga/esquiva nos comportamentos clinicamente relevantes. Esse estudo adotou um delineamento do tipo ABAB, com duas díades. Foram planejadas duas condições: na primeira, os terapeutas permitiram a emissão de CRB1s,

respondendo a relatos do cliente (Os) e respostas de melhora (CRB2s). Na segunda condição, os terapeutas mantiveram o procedimento anterior, respondendo a Os e CRB2s, mas interromperam deliberadamente os CRB1s. Os resultados sugerem que houve diferença entre as condições com e sem o uso do bloqueio e indicam o possível efeito do procedimento nos CRB1s e CRB2s.

Por fim, nos anexos é possível encontrar o Manual de Treino de Terapeutas para o bloqueio de fuga/esquiva. Esse manual é uma versão atualizada do que foi adotado na pesquisa. Nele, são apresentadas ilustrações da conceituação de caso na FAP e das quatro alternativas de bloqueio de fuga/esquiva que foram empregadas no estudo.

ARTIGO 1: A ESPECIFICAÇÃO DO RESPONDER CONTINGENTE DO
TERAPEUTA POR MEIO DA INTERAÇÃO LÓGICA DA PSICOTERAPIA
ANALÍTICA FUNCIONAL

Resumo

O responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes (CRB) do cliente consiste no mecanismo de mudança clínica na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Os procedimentos clínicos são resumidos em cinco regras para o terapeuta, que tem o objetivo de maximizar a frequência de ocorrência de CRBs. A interação lógica da FAP apresenta as cinco regras desdobradas em 12 passos, os quais descrevem as respostas do terapeuta e seus efeitos no comportamento do cliente. Apesar dos avanços no refinamento da descrição da FAP e da validação empírica de seu mecanismo de mudança clínica, a tarefa de especificar o responder contingente do terapeuta permanece inacabada. O objetivo desse artigo é apresentar a interação lógica e discuti-la de modo a propor alternativas de operacionalização do responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes relacionados ao problema clínico.

Palavras-chave: FAP; análise comportamental clínica; mecanismo de mudança clínica, psicoterapia analítica funcional (FAP).

Abstract

The therapist contingent responding to clinically relevant behaviors (CRB) corresponds to Functional Analytic Psychotherapy (FAP) mechanism of change. The clinical procedures are summarized in five rules to therapists, which aim to maximize the frequency of CRBs. FAP logical interaction presents the five rules deployed in 12 steps, which describe therapist's behaviors and their effects on client's behaviors. Despite of the advances reached through refinement in FAP description and the empirical validation of FAP' mechanism of change, the task of specifying therapist contingent responding is still unfinished. The purpose of this paper is to present FAP logical framework and discuss it in order to propose an operationalization alternative to the therapist contingent responding to clinically relevant behaviors related to the clinical problem.

Key-words: FAP; clinical behavior analysis; mechanism of change; functional analytic psychotherapy (FAP).

Introdução

A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes é o mecanismo de mudança da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Busch et al., 2008; Callaghan, Naugle, & Follette, 1996; Kanter et al., 2006. Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007; Tsai, Kanter, et al., 2009). A avaliação empírica do responder do terapeuta como mecanismo de mudança tornou-se possível graças ao refinamento propiciado pela Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS; Callaghan & Follette, 2008; Callaghan, Follette, Ruckstuhl, & Linnerooth, 2008) e, mais recentemente, pela interação lógica da FAP (Holman Kohlenberg & Tsai, 2012; Tsai, Kanter, et al., 2009; Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2011). Estudos como os de Kohlenberg, Bolling, Kanter, e Parker (2002), Callaghan (2006) e Kanter et al. (2006) já haviam proposto o responder contingente como mecanismo hipotético de mudança da FAP, no entanto, apenas com o desenvolvimento da FAPRS, que estudos empíricos documentaram e comprovaram essa hipótese (Aguayo, Garcia, Kohlenberg, & Tsai, 2011; Callaghan, 2006; Follette & Bonow, 2009; Oshiro, Kanter, & Meyer, 2012; Xavier, Kanter, & Meyer, 2012).

Apesar desses avanços, ainda há pouca especificação do que constitui o responder contingente. Em geral, a descrição de como o terapeuta pode responder aos comportamentos clinicamente relevantes resume-se a orientações vagas, como pode ser observado nas cinco regras da FAP (Kanter, et. al., 2009). Maior ênfase é dada às respostas do cliente, que são detalhadas na conceituação de caso usualmente adotada (Busch et al., 2008; Callaghan et al., 2008; Kanter, et al., 2009).

Para viabilizar a aplicação clínica da FAP, propõe-se a formulação de caso em termos de comportamentos-problema e classes de respostas concorrentes, dentro e fora da sessão (Busch et al., 2008; Callaghan et al., 2008; Kanter, et. al., 2009). Essa conceituação é essencial para o trabalho clínico, uma vez que, devido à idiossincrasia dos problemas apresentados pelos clientes, o estabelecimento de metas terapêuticas depende do entendimento de quais respostas são alvo da intervenção, tanto visando sua redução, quanto a modelagem de respostas concorrentes (Bonow, Maragakis, & Follette, 2012; Garcia, Aguayo, & Bermúdez, 2009; Parra & García, 2006).

Na conceituação de caso da FAP, os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) são descritos idiossincraticamente. Eles são respostas que ocorrem durante a sessão, embora comportamentos com a mesma função possam acontecer fora da terapia (Kohlenberg & Tsai, 1994, 1995; Kohlenberg, Yeater, , & Kohlenberg, 1998). Os CRBs são o foco do trabalho clínico e dividem-se em duas classes distintas, os CRB1 e CRB2 (Hayes, Kohlenberg and Melancon, 1989; Kohlenberg, & Tsai, 1991/2007; Kohlenberg, Hayes , & Tsai, 1993). Os CRB1s são comportamentos que se referem ao problema do cliente; ao passo que os CRB2s relacionam-se com a melhora clínica.

A conceituação estabelece, ainda, duas classes, relacionadas ao CRB1 e CRB2, que ocorrem fora do contexto da terapia. Essas respostas, chamadas de *outside*, ou “Os”, indicam a ocorrência de respostas com a mesma função que os CRBs em outros relacionamentos da vida do cliente (Busch et al, 2008; Callaghan , & Follette, 2008; Callaghan, Summers, & Weidman, 2003. Bonow et al., 2012; Garcia, et al., 2009; Parra, & García, 2006). Nesse modelo de conceituação, os CRBs e Os são especificados com o objetivo de facilitar a observação e análise realizadas pelo terapeuta e direciona o trabalho clínico.

A intervenção na FAP envolve a modelagem direta das respostas do cliente no aqui/agora da sessão, portanto pode-se presumir que sua eficácia dependa da contiguidade da resposta do terapeuta ao CRB (Baruch et al., 2009, Weeks et al., 2011; Bolling, Parker, Kanter, Kohlenberg, & Tsai, 1999; Callaghan et al., 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007; Parra & Garcia, 2006; Tsai, Plummer, Kanter, Newring, & Kohlenberg, 2010). Assim, quanto mais próxima a resposta do terapeuta ao CRB, mais eficaz tende a ser a intervenção.

Dessa forma, as cinco regras da FAP orientam o terapeuta no trabalho clínico, de forma que as sessões sejam propícias à emissão e modelagem de comportamentos clinicamente relevantes (Aguayo, et al. 2011; Boilling et al., 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007). Elas orientam o terapeuta a: 1) estar atento aos CRBs; 2) evocá-los; 3) responder a eles; 4) avaliar o efeito de seu responder no cliente e 5) Fornecer interpretações e estratégias de generalização.

A interação lógica da FAP, por sua vez, destaca as cinco regras e exemplifica respostas do terapeuta e do cliente, de maneira a guiar o terapeuta em uma situação na qual os CRBs são evocados e modelados (Weeks et al., 2011). A Figura 1 apresenta os 12 passos da interação lógica.

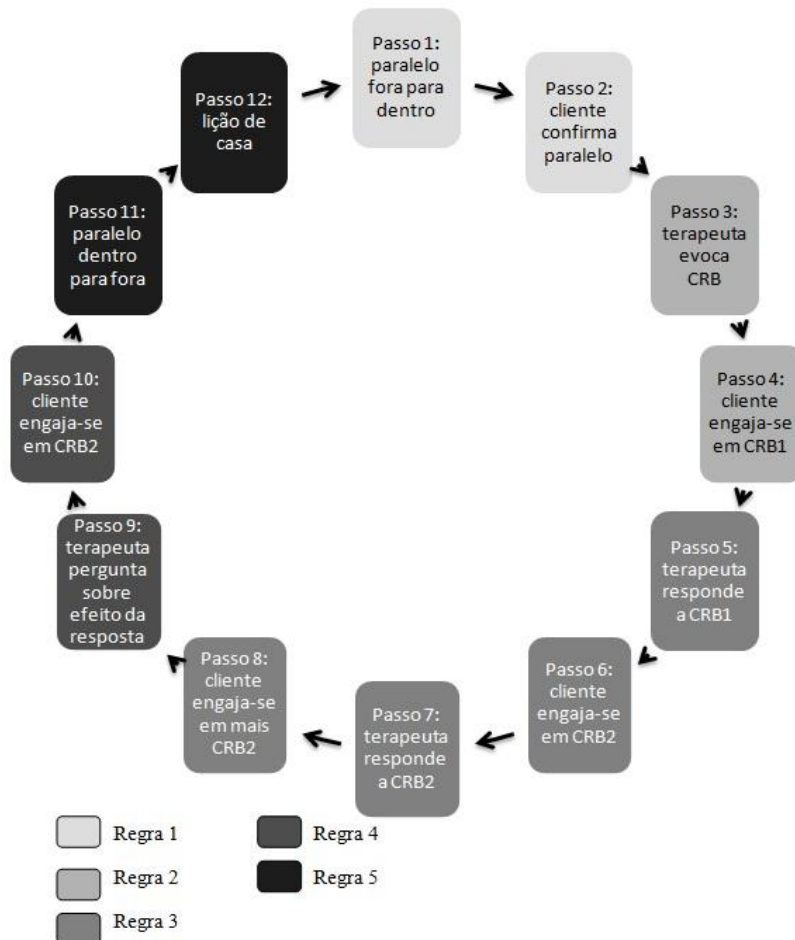


Figura 1: Os doze passos da interação lógica da FAP.

A interação lógica agrega as regras com a especificação de comportamentos do terapeuta e seu efeito no cliente. Dessa forma, têm-se doze passos, que apresentam diretrizes de uma interação ideal na FAP. Essa forma de apresentação das regras potencializa o efeito da terapia, tornando a interação terapeuta/cliente mais evocativa e, conseqüentemente, fértil para enfraquecer CRB1 e fortalecer CRB2 (Holman et al., 2012; Tsai, Kanter, et al., 2009; Weeks et al., 2011).

A partir da conceituação de caso, são estabelecidas as instâncias de CRBs, às quais o terapeuta passa a observar na interação com o cliente (Bonow et al., 2012; Garcia, et al., 2009; Parra & García, 2006). O terapeuta pode estabelecer um paralelo entre alguma situação externa e um episódio da interação com o cliente (passos 1 e 2). Em seguida, o terapeuta passa a evocar CRBs (Callaghan et al., 1996; Kohlenberg, Tsai,

& Kanter, 2009), na sequência envolvendo os passos 3 e 4. O responder natural e contingente do terapeuta ao CRB corresponde ao passo 5.

É esperado que, à medida que o cliente passe a engajar em mais CRB2 (passos 6, 7 e 8), a frequência e variabilidade dessa classe aumente. Assim, o terapeuta precisa notar se seus comportamentos têm servido para o propósito de enfraquecer CRB1 e fortalecer CRB2 (passos 9 e 10). Observar mudança na frequência dessas respostas e fazer perguntas diretas são formas de saber se o impacto do terapeuta no cliente está consistente com as metas terapêuticas (Kohlenberg et al., 2009).

Para ajudar o cliente a identificar variáveis mantenedoras e facilitar a generalização e discriminação de respostas modeladas em sessão, é sugerido que o terapeuta forneça análises de contingências de reforço dos comportamentos do cliente. Uma explicação funcional auxilia o cliente a responder perguntas sobre a razão que o leva a agir de uma determinada forma, colocando ênfase na história e na funcionalidade do comportamento (Abreu, Hubner, Lucchese, 2012; Kohlenberg et al., 2009). Para isso, estabelecem-se paralelos entre comportamentos dentro e fora da sessão (passo 11) e solicita-se lição de casa (passo 12).

A fonte de reforço natural disponível em um processo psicoterapêutico são as respostas interpessoais do terapeuta aos comportamentos do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2007). A regra três da FAP prevê que o terapeuta responda aos CRBs (García, Aguayo, & Bermúdez, 2007; Gosch & Vandenberghe, 2004; Tsai et al., 2009; Aguayo et al., 2011), contudo, não há orientação de como fazê-lo. Em geral, a recomendação é que se reforce naturalmente o CRB2 e que se responda ao CRB1 com cautela (Tsai et al., 2009). Em ambos os casos, a descrição sobre o que o terapeuta pode fazer para atingir esses objetivos é vaga. As primeiras publicações na área, portanto,

tenderam a fazer apontamentos mais amplos da FAP, provendo as regras para o terapeuta, sem, contudo, especificar como aplicá-las (Kanter, Manos, Busch & Rusch, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007, 1994, 1995; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling, & Kanter, 1999).

Apenas mais recentemente, com o detalhamento das regras, por meio da interação lógica da FAP (Holman et al., 2012; Tsai et al., 2009; Weeks et al., 2011), tornou-se possível começar a identificar os comportamentos do terapeuta que podem ser efetivos no trabalho clínico. Apesar disso, a tarefa de especificar a resposta contingente do terapeuta é complexa, uma vez que os CRBs podem assumir várias topografias (Bolling et al., 1999; Busch et al., 2008; Follette & Bonow, 2009; Koerner, Kohlenberg, & Parker, 1996). Uma alternativa é voltar à interação lógica e descrever operações e processos que reduzem a frequência do CRB1 e aumentam a frequência do CRB2.

O responder contingente do terapeuta ao CRB1

A fonte de reforço natural disponível em um processo psicoterapêutico são as respostas interpessoais do terapeuta aos comportamentos do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2007). A regra três da FAP prevê que o terapeuta responda aos CRBs (García, Aguayo, & Bermúdez, 2007; Gosch & Vandenberghe, 2004; Tsai et al., 2009; Aguayo et al., 2011), contudo, não há orientação de como fazê-lo. Em geral, a recomendação é que se reforce naturalmente o CRB2 e que se responda ao CRB1 com cautela (Tsai et al., 2009). Em ambos os casos, a descrição sobre o que o terapeuta pode fazer para atingir esses objetivos é vaga. As primeiras publicações na área, portanto,

tenderam a fazer apontamentos mais amplos da FAP, provendo as regras para o terapeuta, sem, contudo, especificar como aplicá-las (Kanter, Manos, Busch & Rusch, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007, 1994, 1995; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling, & Kanter, 1999).

Apenas mais recentemente, com o detalhamento das regras, por meio da interação lógica da FAP (Holman et al., 2012; Tsai et al., 2009; Weeks et al., 2011), tornou-se possível começar a identificar os comportamentos do terapeuta que podem ser efetivos no trabalho clínico. Apesar disso, a tarefa de especificar a resposta contingente do terapeuta é complexa, uma vez que os CRBs podem assumir várias topografias (Bolling et al., 1999; Busch et al., 2008; Follette & Bonow, 2009; Koerner, Kohlenberg, & Parker, 1996). Uma alternativa é voltar à interação lógica e descrever operações e processos que reduzem a frequência do CRB1 e aumentam a frequência do CRB2.

Com o objetivo de especificar o que o terapeuta pode fazer para responder ao CRB1, deve-se inicialmente descrever o que constitui esse CRB1. Em geral, essa é uma classe de respostas de fuga ou esquiva (Busch et al., 2009; Callaghan, 2006; Callaghan et al., 2003; Callaghan et al., 2008; Garcia, Aguayo, & Motero, 2006; Kanter et al., 2006; Kohlenberg & Tsai, 1994; Kohlenberg et al., 2002; Wagner, 2005). O que torna essas classes particularmente importantes para o trabalho clínico é que sua emissão frequente restringe o acesso do organismo a novas fontes de reforço (Sidman, 1989).

A literatura destaca a importância de intervenções em comportamentos de fuga e esquiva do cliente (Tsai, Kanter, et al. 2009) e alguns autores citam o bloqueio como forma de responder ao CRB1 (Busch et al., 2009; Follette & Bonow, 2009; López, 2002; Kanter et al., 2008; Kohlenberg et al., 2002; Vandergerghe, 2007; Wagner, 2005;

Weeks et al., 2011). Parece que, em casos nos quais o CRB1 envolve uma classe de respostas de fuga/esquiva, um procedimento terapêutico pode ser a exposição aos eventos aversivos. Contudo, os estudos indicam de modo vago a aplicação desse procedimento.

Como alternativa de resposta contingente do terapeuta ao CRB, a literatura costuma-se enfatizar o reforço ao CRB2, apesar de, também nesses casos, as orientações serem vagas. Tanto no caso da resposta ao CRB1, quanto ao CRB2, o que a literatura fornece é a sugestão de que o terapeuta deva responder de forma natural, evitando o uso de reforço arbitrário, a fim de garantir a generalização para outros contextos (Busch et al., 2009; Koerner et al., 1996; Kohlenberg & Tsai, 1994, 1995).

Retomando a interação lógica da FAP, pode-se começar a especificar o que constitui o responder contingente do terapeuta ao CRB1. Os passos ímpares e o passo 12 correspondem aos comportamentos do terapeuta, aos quais se credita a mudança clínica. Colocados dessa forma, eles guiam o trabalho terapêutico e a identificação de variáveis para pesquisa, à medida que é possível isolar respostas do terapeuta e testar seu efeito. Assim, cada passo da interação lógica pode ser isolado e analisado.

O passo cinco indica o responder contingente do terapeuta ao CRB1. Esse ponto da interação é crucial, visto que retrata a transição de um comportamento-problema para um comportamento de melhora. Quando isso acontece, presume-se que a resposta contingente do terapeuta tenha assumido uma de duas possíveis funções: a de extinção ou a de punição. Nota-se que o reforço de um CRB1 é inadequado, segundo as regras da FAP, uma vez que significa fortalecer uma resposta relacionada ao problema do cliente. E, apesar das discussões acerca do uso da punição no contexto clínico, entende-se que o termo refere-se ao processo no qual a probabilidade de ocorrência de uma resposta é

diminuída (Catania, 1998/1999). Aqui, ela é considerada simétrica ao reforçamento, que é o processo no qual a probabilidade de uma resposta é aumentada.

Quanto aos procedimentos do terapeuta, considerando a função de extinção, referem-se às ações de ignorar CRB1 e reforçar diferencialmente CRB2 e Os. Já os procedimentos relacionados à função de punição, como operação ou processo que diminui a probabilidade da resposta (Catania, 1998/1999), referem-se a ações que interrompem ou desencorajam a emissão do CRB1, isto é, ações típicas de bloqueio de fuga/esquiva.

Apesar das reservas e da cautela com o uso da punição (Boren, Sidman, & Herrnstein, 1959; Sidman, 1958; Sidman, & Boren, 1957), seu efeito de reduzir a frequência de uma resposta pode ser benéfico ao processo terapêutico, uma vez que, à medida que um CRB1 é interrompido, aumenta-se a oportunidade de ocorrência de um CRB2.

O terapeuta pode responder contingentemente a um CRB1 por meio de bloqueio de comportamentos de fuga/esquiva ou por meio do reforço diferencial de CRB2. No primeiro caso, a ação do terapeuta interrompe um CRB1 em curso, enquanto que, no segundo, ignora o CRB1 até que o uma resposta concorrente apareça (CRB2). A Figura 2 representa o desdobramento do passo cinco em exemplos de ações possíveis do terapeuta ao CRB1.

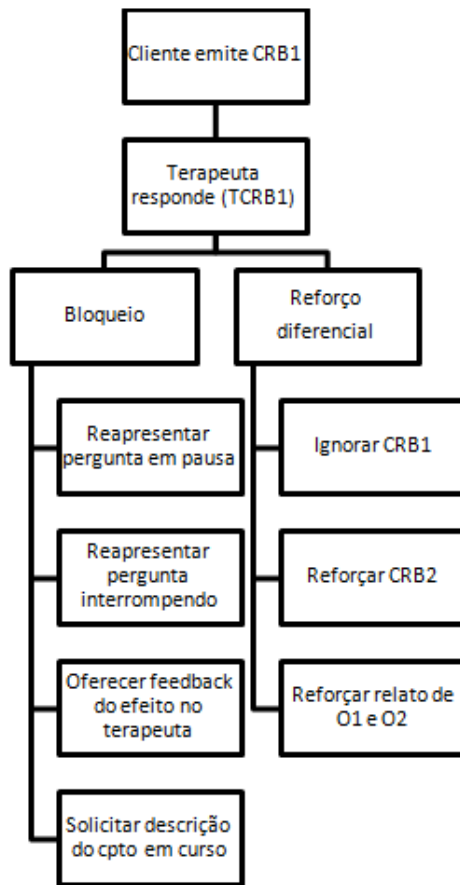


Figura 2: Alternativas de resposta contingente do terapeuta ao CRB1

O bloqueio de fuga/esquiva pode se traduzir em ações do terapeuta como: a) reapresentar uma verbalização, em uma pausa do cliente ou interrompendo-o; b) oferecer feedback do efeito da resposta do cliente ou c) solicitar que o cliente descreva seu comportamento. Como CRB1 tende a ocorrer com mais frequência que o CRB2, em certos casos, mesmo que o terapeuta ignore o CRB1 e busque evocar o CRB2, a emissão do CRB2 pode demorar demasiadamente. Assim, em alguns casos, interromper o CRB1 acaba sendo um procedimento indispensável para promoção do CRB2, o que remete ao procedimento que os terapeutas costumam chamar de bloqueio de fuga/esquiva. O reforço diferencial, por sua vez, implica em ações como ignorar a emissão de CRB1 e reforçar CRB2 ou relatos de problemas ou melhoras em relação a

eventos fora da sessão, os quais recebem, respectivamente, a abreviação O1 e O2 na FAPRS.

Outro ponto importante nessa discussão é a recorrência do CRB1, quando seguido pela resposta do terapeuta, o chamado TCRB1. Frequentemente, após a resposta do terapeuta a um CRB1, o cliente emite novamente o CRB1 até que um CRB2 seja observado. O *looping* CRB1-TCRB1-CRB1, representado pela flecha bidirecional, é ilustrado na Figura 3:

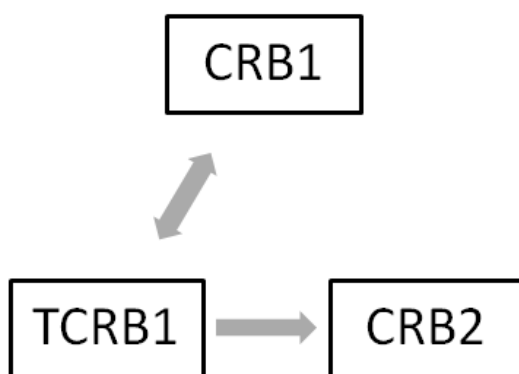


Figura 3: *Looping* envolvendo o CRB1 e TCRB1

A preocupação quanto à resposta contingente do terapeuta ao CRB1 parece estar relacionada ao seu possível efeito punidor. Kohlenberg e Tsai (1991/2007) recomendam que o terapeuta evite o uso da punição e pontuam alguns efeitos colaterais indesejáveis, como fuga e esquiva da própria terapia e a agressividade. Contudo, os autores admitem que, quando o CRB1 é uma classe de respostas de fuga/esquiva, há uma dificuldade maior em evocar e modelar CRB2s. Nesses casos, o bloqueio de esquiva, por meio da rerepresentação da estimulação aversiva, é uma forma de evitar que o CRB1 seja indevidamente reforçado.

Ao bloquear respostas de fuga/esquiva, o terapeuta deixa o cliente em contato com estímulos aversivos. A preocupação ética pode explicar porque a literatura tem sido cautelosa com técnicas de bloqueio de fuga/esquiva. A condição para o uso de procedimentos aversivos é o respeito ao grau de tolerância do cliente a eles e aparentemente a resposta do terapeuta contingente a todos os CRB1s é contraproducente (Kanter et al., 2006). Assim, ainda há muitos aspectos a serem esclarecidos quanto ao que o terapeuta deve fazer em resposta aos CRBs e espera-se que preconceitos quanto ao uso de controle aversivo não impeçam a descrição das ações do terapeuta que contribuem para o bem-estar do cliente.

Considerações finais

A mudança clínica na FAP envolve a resposta contingente do terapeuta aos CRBs. Com o objetivo de tornar as sessões propícias à ocorrência desses comportamentos, são propostas as cinco regras para o terapeuta. A regra três sugere que o terapeuta responda natural e contingentemente aos CRBs, contudo, a literatura não especifica o que deve ser feito. O quadro lógico da FAP, ao detalhar o desenvolvimento de uma interação ideal constitui um esforço útil para a especificação do responder contingente do terapeuta.

Para especificar o responder do terapeuta, dois procedimentos são sugeridos. O primeiro é o reforço diferencial de respostas concorrentes com o CRB1. O terapeuta pode ignorar o CRB1 e responder apenas aos CRB2 e aos relatos do cliente (O1 e O2). O segundo procedimento consiste em interromper o CRB1. É provável que procedimentos que interrompem o CRB1 reduzam sua frequência e aumentem a de

CRB2. Deve-se levar em conta nesse caso que a descontinuidade do reforço do CRB1 pode levar ao *looping* CRB1-TCRB1-CRB1.

O objetivo desse estudo foi descrever ações do terapeuta no contexto da sessão que indiquem possíveis respostas contingentes ao CRB1. Estudos empíricos podem investigar o efeito relativo dos dois procedimentos do terapeuta aqui descritos em resposta ao CRB1. Espera-se que estudos futuros detalhem e avaliem empiricamente cada passo da interação lógica da FAP a fim de aumentar a compreensão sobre o seu mecanismo de mudança, por exemplo, procedimentos em resposta ao CRB2. Além disso, estratégias para promover a generalização do CRB2 podem ser avaliadas e implementadas.

Referências

- Abreu, P. R., Hübner, M. M. C., & Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The Analysis of Verbal Behavior*, 28, 151-157.
- Aguayo, L. V., García, R. F., Kohlenberg, R., & Tsai, M. (2011) Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clinica y Salud*, vol 22, n. 3, p. 209-221.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2009). Lines of Evidence in Support of FAP. In: *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 21-36). New York: Spring.

- Bolling, M., Parker, C., Kanter, J., Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1999). The client-therapist interaction: The core of a behavioral approach. *European Psychotherapie, 1*, 21-29.
- Bonow, J. T., Maragakis, A., & Follette, W. C. (2012) The Challenge of Developing a Universal Case Conceptualization for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, vol. 7*, no 2-3, p. 2-8.
- Boren, J. J., Sidman, M., & Herrnstein, R. J. (1959). Avoidance, escape, and extinction as functions of shock intensity. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, Vol 52(4)*, 420-425.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2008). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*.
- Callaghan, G. M. (1996). The clinical utility of client dream reports from a radical behavioral perspective. *The Behavior Therapist, 19*, 49-52.
- Callaghan, G. M. (2006). Functional analytic psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 2*, 416-431.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Coding Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS). *The Behavior Analyst Today, 9*, 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. N., (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: 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: Theory, Research, Practice, Training, 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.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Follette, W. C., & Bonow, J. T. (2009). The Challenge of Understanding Process in Clinical Behavior Analysis: The case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst, 32(1)*, 135-148.
- García, R. F., Aguayo, L. F. & Bermúdez, M. A. L. (2009). La Conceptualización de Casos Clínicos desde la Psicoterapia Analítica. *Papeles del Psicólogo, 30 (3)*, 3-10.
- García, R. F., Aguayo, L. V., & Bermúdez, M. A. L. (2007). Contributions and novelties from Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema, 19(3)*, 452-458
- García, R. F., Aguayo, L. V., & Montero, M. C. V. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a Patient with Depressive Disorder. *The Behavior Analyst Today, 7(1)*, 1-18.

- Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 173-182.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004) DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new Behavior Therapy technologies? *Behavior Therapy* 35, 35-54.
- Holman, G., Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2012) Development and Preliminary Evaluation of a FAP Protocol: Brief Relationship Enhancement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, no 2-3, 52-57.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making Behavioral Activation More Behavioral. *Behavior Modification*, 32(6), 780-803.
- Kanter, J. W., Weeks, C., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009) Assessment and Case Conceptualization. In: Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., , & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (Eds.) (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.

- Koerner, K., Kohlenberg, R. J., & Parker, C. R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1169-1176.
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., & Kohlenberg, R. J. (1998). Functional Analytic Psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. Safran , & C. Muran (Eds.) *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63-93). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2007). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 175-201.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue , & L. Krasner (Eds.). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009) What's Functional Analytic Psychotherapy? In: Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248-254.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y., & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction, Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- López, F. J. C. (2002). Jealousy: A case of application of functional analytic psychotherapy. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 347-368.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012) A Single-Case Experimental Demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with Two Clients with Severe Interpersonal Problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, no 2-3, 111-116.
- Parra, A. F., & García, R. F., (2006). Functional Analytic Psychotherapy: A functional contextual approach to psychological treatment. *EduPsykhé*, 5, 203-229.
- Sidman, M. (1958) By-products of aversive control. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1(3): 265–280.
- Sidman, M. (1989). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Sidman, M., & Boren, J. J. (1957). The use of shock-contingent variations in response-shock intervals for the maintenance of avoidance behavior. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, Vol 50(6), 558-562.

- Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. (2009). The course of therapy: beginning, middle and end phases of FAP. In: Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Plummer, M. D., Kanter, J. W., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. J. (2010). Therapist grief and functional analytic psychotherapy: Strategic self-disclosure of personal loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*, 1-10.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, *20*, 105-114.
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, *15(1)*, 101-114.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, s. J., & Busch, A. M. (2011) *Translating the Theoretical Into Practical*. A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. *Behavior Modification* *XX(X)* 1– 33.
- Xavier, R. N., Kanter, J. W., & Meyer, S. B. (2012) Transitional Probability Analysis of Two Child Behavior Analytic Therapy Cases. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *vol. 7, no 2-3*, 182-188.

ARTIGO 2: EFEITOS DO BLOQUEIO DE FUGA/ESQUIVA NOS COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES

Resumo

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) estabelece o responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) como seu mecanismo de mudança clínica. Esforços recentes foram bem-sucedidos em validar empiricamente o responder contingente do terapeuta aos CRBs. O mecanismo de mudança clínica na FAP é descrito nas cinco regras terapêuticas e explicado através da interação lógica. Apesar disso, a descrição de procedimentos para o terapeuta parece incompleta. O bloqueio de respostas de fuga/esquiva emitidas pelo cliente parece um importante aspecto do responder contingente do terapeuta ao CRB1. Assim, o presente trabalho tem o objetivo de avaliar seu efeito nos comportamentos clinicamente relevantes. Para isso, adotou-se um delineamento ABAB, com replicação inter-sujeitos do qual participaram duas díades terapeuta/cliente. Foram planejadas duas condições. Na condição A, os terapeutas foram orientados a responder as instâncias de melhora clínica do cliente durante a sessão (CRBs2) e aos relatos de comportamentos relevantes ocorridos fora da sessão (O1 e O2), ignorando a emissão de CRB1. Na condição B, manteve-se a resposta a CRB2s e Os e manipulou-se a resposta contingente ao CRB1 por meio da interrupção dessa resposta. Os dados foram tratados com uso da análise de probabilidade transicional e porcentagem de categorias do terapeuta e cliente. Os resultados sugerem diferenças entre os procedimentos clínicos de bloqueio e ausência dele, além de indicar o aumento na porcentagem de CRB1 no momento em que a intervenção é reapresentada. Discutem-se as diferenças de procedimento demonstradas pela análise de probabilidade transicional e o possível efeito cumulativo e remoto da intervenção.

Palavras-chave: análise comportamental clínica, mecanismo de mudança, psicoterapia analítica funcional.

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) suggests therapists' contingent responding to clinically relevant behaviors (CRB) as its mechanism of clinical change. Recent efforts have been successful in empirically validating the therapist's contingent responding to CRBs. FAP's mechanism of clinical change is described on five therapeutic rules and explained through the logical interaction framework. Nonetheless, the description of procedures to therapists seems incomplete. Blocking avoidance and escape responses emitted by clients might be an important feature to therapists' contingent responding to CRBs. Thus, this study aims to evaluate its effects on clinically relevant behaviors. Thereto, an ABAB design was adopted, with inter-subjects replication, in which two client-therapist dyads took part. Two conditions were planned. On condition A, therapists

were asked to respond clinical improvements in-session (CRB2s) and client's report of clinically relevant behavior that happened outside session (O1 and O2), ignoring CRB1s. On condition B, responding to CRB2 and Os were maintained and therapist's responses to CRB1 were manipulated through interruption of these behaviors. Data was analyzed using transitional probability analysis and categories percentages. Results suggest differences between clinical procedures during CRB1 blocking and on its absence, besides indicating increase on CRB1 percentage when intervention was presented. Differences on procedures shown on transitional probability analysis and possible cumulative and late effect are discussed.

Key-words: clinical behavior analysis, mechanism of change, functional analytic psychotherapy.

Introdução

Respostas específicas do terapeuta durante o tratamento promovem a mudança clínica do cliente. No caso específico da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007; Tsai et al., 2009), o responder contingente do terapeuta é seu mecanismo de mudança, que já foi empiricamente testado e teve sua eficácia comprovada (Callaghan, 2006; Follette & Bonow, 2009; Kanter et al., 2006; Kohlenberg, Bolling, Kanter, & Parker, 2002; Oshiro, Kanter, & Meyer, 2012; Xavier, Kanter, & Meyer, 2012). Assim, descrever o responder contingente do terapeuta aos CRBs em termos de procedimentos para o terapeuta pode ser útil, tanto para fins de pesquisa, quanto para a aplicação prática da FAP.

A FAP é uma abordagem de psicoterapia comportamental, na qual se enfatiza que os problemas de relacionamento enfrentados pelo cliente em outros contextos da sua vida tendem a reproduzir-se na interação com o terapeuta (Kohlenberg, & Tsai, 1994, 1995; Kohlenberg, Yeater, & Kohlenberg, 1998; Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989; Kohlenberg, & Tsai, 1991/2007; Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993).

A partir da formulação de caso, são estabelecidos os comportamentos do cliente que tendem a dificultar ou facilitar suas relações (Busch et al., 2009; Callaghan et al., 2008; Kanter et al., 2009). Dessa forma, são propostas três tipos de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs): os CRB1s são respostas do cliente relacionadas ao seu problema ou dificuldade em relacionar-se; os CRB2s são respostas concorrentes, que indicam melhora clínica e os CRB3 são descrições que o cliente faz do próprio comportamento. A formulação de caso da FAP inclui, ainda as respostas com a mesma função que as dos CRBs, mas que ocorrem no cotidiano do cliente, que recebem a sigla Os (Bonow et al., 2012; Busch et al, 2009; Callaghan, & Follette, 2008; Callaghan, Summers, & Weidman, 2003).

O ambiente terapêutico é o contexto no qual a mudança clínica ocorre e o resultado da FAP depende do manejo dos comportamentos do cliente que ocorrem em sessão (Bolling, Parker, Kanter, Kohlenberg, & Tsai, 1999; Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007; Tsai, et al., 2010). Para tornar o ambiente terapêutico propício à ocorrência e modelagem de CRBs, as cinco regras terapêuticas da FAP foram sugeridas por Kohlenberg e Tsai (1991/2007). Elas orientam o terapeuta a: observar a ocorrência de CRBs, evocar CRBs, responder a eles, observar o efeito no cliente e fornecer interpretação.

A interação lógica da FAP (Weeks et al., 2011) avança na aplicação das cinco regras, ao descrever as respostas do terapeuta e do cliente, em uma situação ideal na qual CRBs são evocados e modelados. Essa forma de notação destaca os elementos da FAP aos quais se credita a mudança clínica. Isso torna possível isolar respostas do terapeuta e testar hipóteses sobre seu funcionamento. A Figura 4 ilustra os doze passos.

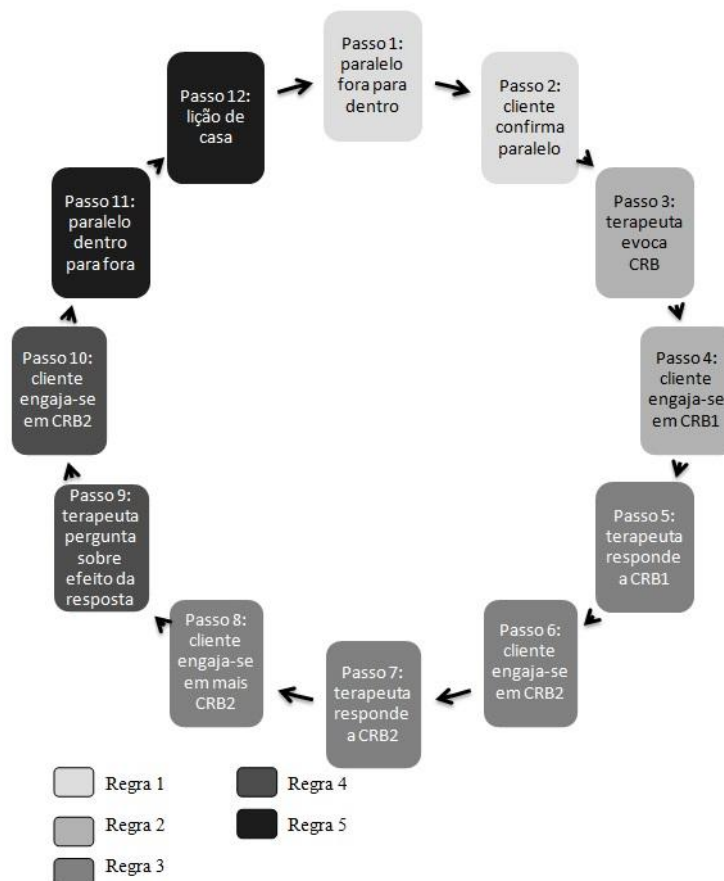


Figura 4: Os doze passos da interação lógica da FAP.

Os passos cinco e sete, em particular, especificam o mecanismo de mudança clínica da FAP, que é o responder contingente do terapeuta aos CRBs (Busch et al., 2008; Callaghan, 1996; Callaghan, Naugle, & Follette, 1996; Kanter et al., 2006). Contudo, sua descrição limita-se a orientar que a resposta do terapeuta tenha efeito de diminuir a frequência de CRB1 e aumentar a frequência de CRB2. A descrição sobre o que o terapeuta pode fazer é vaga.

A resposta do terapeuta ao CRB1 é especialmente delicada, uma vez que envolve o manejo de respostas cuja frequência precisa ser reduzida. Duas alternativas para essa resposta podem ser hipotetizadas. O terapeuta pode ignorar o CRB1 e responder diferencialmente a outras instâncias de respostas do cliente, como CRB2s e Os. Outra opção envolve interromper deliberadamente a emissão do CRB1, o que é chamado de bloqueio de fuga/esquiva (Busch et al., 2009; Follette & Bonow, 2009; Lopez, 2002; Kanter et al., 2008; Kohlenberg et al., 2002; Vandenberghe, 2007; Wagner, 2005; Weeks et al., 2011).

O presente estudo teve o objetivo de avaliar o efeito do bloqueio de CRB1, verificando duas formas de responder contingente a ele – sua interrupção ou o reforço de outras instâncias de comportamento. As seguintes relações foram investigadas, dadas as duas formas de responder contingente do terapeuta: a) porcentagem de CRBs1 e CRB2; b) probabilidades de transição entre falas do terapeuta e cliente, especificamente de Os e CRBs e das respectivas evocações e respostas contingentes ou perdas de oportunidade de emití-las.

Método

Participantes

Foram selecionados dois terapeutas (TR1 e TR2), estudantes do último ano de Psicologia e com formação em Análise do Comportamento e treino em FAP. As clientes (C1 e C2) foram triadas no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade

Federal do Paraná (UFPR) e ambas atenderam aos requisitos para a pesquisa¹. Formaram-se duas díades terapeuta-cliente: Díade 1 (TR1/C1) e Díade 2 (TR2/C2). A conceituação de caso foi realizada de acordo com a proposta por Tsai et al. (2009) conforme Anexo 1.

Local

Os atendimentos aconteceram na UFPR, em uma sala do CPA, equipada com duas poltronas, uma mesa, na qual foi posicionada a filmadora, e um espelho unidirecional. As categorizações e supervisões foram realizadas em uma sala de supervisão localizada no Departamento de Psicologia. A planta baixa da sala de atendimento encontra-se no Anexo 2.

Materiais

A gravação das sessões e das supervisões utilizou uma filmadora digital Samsung ® SMX C-200. Para a categorização, foi usado um notebook HP ® Pavilion dv6 com Windows Media Player ®. A análise de dados foi realizada por meio dos programas de estatística R e SPSS ® e do pacote Microsoft Office ®.

¹ Adulto de qualquer sexo, sem transtornos psiquiátricos. Deu-se preferência a pessoas com indicação para psicoterapia e que não estivessem passando por situações de crise, tais como perdas familiares, separação e doenças terminais.

Instrumentos

Foram utilizados o Inventário de Habilidades Sociais (IHS; Del Prette & Del Prette, 2001); desenvolvido para avaliar o desempenho social de jovens e adultos em situações sociais diversas; o Inventário de Depressão de Beck (BDI; Cunha, 2001), escala na qual o participante responde sobre a intensidade de sintomas depressivos na última semana; e a Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008), sistema de categorização baseado na FAP, que visa a identificação e especificação dos componentes essenciais na mudança clínica, assumindo o responder contingente do terapeuta como mecanismo hipotético de mudança. Os códigos do cliente utilizados nesse estudo encontram-se na Tabela 1 e os códigos do terapeuta na Tabela 2:

Tabela 1: Lista de códigos do cliente na FAPRS

| Código | Nome do código |
|---------------|--|
| CRB1 | Comportamento clinicamente relevante 1 |
| CRB2 | Comportamento clinicamente relevante 2 |
| O | Discussão de comportamento problema ou melhora fora da relação terapêutica |
| CPR | Progresso positivo do cliente em sessão |

Tabela 2: Lista de códigos para o terapeuta na FAPRS

| Código | Nome do código |
|---------------|---|
| ECRB | Terapeuta evoca CRB |
| TCRB1 | Terapeuta responde efetivamente a CRB1 |
| TCRB2 | Terapeuta responde efetivamente a CRB2 |
| RO | Terapeuta responde a discussão do cliente sobre comportamentos clinicamente relevantes fora da sessão |
| TPR | Progresso positivo do terapeuta |
| M | Terapeuta perde ou não responde a um CRB |

Aspectos éticos

A pesquisa está registrada no Comitê de Ética do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o protocolo número 1277.202.11.12, conforme Anexo 3.

Delineamento da pesquisa

O estudo adotou um delineamento de caso único, com duas díades terapeuta/cliente. A fim de avaliar o efeito do bloqueio de fuga/esquiva nos CRBs, foram planejadas duas condições, A e B. A Figura 5 apresenta a referência das condições do estudo:

| Etapa preliminar | Condição A1 | Condição B1 | Condição A2 | Condição B2' |
|---|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Conceituação de caso• Estabelecimento de vínculo | <ul style="list-style-type: none">• Deixar seguir o curso de CRB1s• Responder diferencialmente a CRB2, CRB3, O1 e O2 | <ul style="list-style-type: none">• Interromper a emissão de CRB1 de fuga/esquiva• Responder diferencialmente a CRB2, CRB3, O1 e O2 | <ul style="list-style-type: none">• Deixar seguir o curso de CRB1s• Responder diferencialmente a CRB2, CRB3, O1 e O2 | <ul style="list-style-type: none">• Interromper a emissão de CRB1 de fuga/esquiva• Responder diferencialmente a CRB2, CRB3, O1 e O2 |

Figura 5: Delineamento da pesquisa, apresentando a etapa preliminar e as condições do estudo.

Na condição A, os terapeutas foram orientados a deixar seguir a emissão de CRB1s de fuga/esquiva, sem interrompê-los ou consequência-los de modo deliberado,

respondendo diferencialmente a emissão de CRB2s, CRB3s, O1s e O2s. Na condição B, a orientação foi consequenciar CRB1 de fuga/esquiva, interrompendo a emissão dessas respostas, mediante uma das alternativas de ação, e mantendo os procedimentos da condição anterior. Foram sugeridas aos terapeutas quatro alternativas para interromper CRB1: a) reapresentar a pergunta/afirmação, na pausa do cliente; b) reapresentar a pergunta/afirmação interrompendo fala do cliente; c) oferecer descrição do efeito da resposta do cliente no terapeuta; d) pedir que o cliente descreva seu próprio comportamento. Exemplos da aplicação dessas alternativas encontram-se no Anexo 4.

Procedimento

Treino de terapeutas

O objetivo do treino foi ensinar os terapeutas a identificar situações nas quais o bloqueio de fuga/esquiva poderia ser empregado e descrever o modo como fazê-lo, além de explorar algumas técnicas que poderiam ser adotadas alternativamente, nas condições A1 e A2. A duração do treino foi de 40 horas e sua descrição detalhada encontra-se no Anexo 4.

Treino de categorizadores

Dois categorizadores, estudantes do quinto ano do curso de Psicologia da UFPR, foram treinados para realizar as categorizações, em conjunto com a pesquisadora. Eles passaram por um treino para utilizar o instrumento de categorização FAPRS, dividido em três etapas. A primeira, com 20 horas de duração, consistiu na leitura e discussão em grupo do livro intitulado “Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2007). Na segunda etapa, com 10 horas de duração, foram apresentados os códigos de categorização da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) e seu uso foi ensinado. A etapa final consistiu em oito horas de categorização conjunta de transcrições de sessões.

Para a calibragem do instrumento, foram realizadas categorizações de três sessões². Cada um dos colaboradores e a pesquisadora realizaram a categorização independentemente e foi calculado o índice *kappa* (*k*, Cohen, 1960) para cada categorização, comparando a pesquisadora com o categorizador 1 e categorizador 2. De acordo com Cohen (1960), valores entre 0,41 e 0,60 são considerados moderados. Os valores foram considerados suficientes para habilitar os categorizadores para esse estudo. A Tabela 3 apresenta o índice *kappa* da última rodada de categorização:

2 Foram utilizadas sessões gravadas e transcritas em um estudo realizado anteriormente (Meurer, 2011).

Tabela 3: Índice *kappa*, calculado para as duplas pesquisadora/categorizador 1 e pesquisadora/categorizador 2.

| Dupla de Categorizadores | <i>Kappa</i> |
|-------------------------------------|---------------------|
| Pesquisadora/Categorizador 1 | 0,595 |
| Pesquisadora/Categorizador 2 | 0,567 |

Coleta de dados

Após a seleção de participantes e colaboradores, iniciou-se a coleta de dados. Os atendimentos foram simultâneos com as duas díades. Antes da primeira sessão e ao término da última, as clientes responderam ao IHS e BDI. As sessões foram integralmente gravadas e, a partir da quinta sessão, a pesquisadora, juntamente com um colaborador, realizou as categorizações semanalmente. As quatro primeiras sessões, chamadas de etapa preliminar, tiveram por objetivo o estabelecimento de vínculo terapêutico e a conceituação de caso e não foram categorizadas. Foram selecionados segmentos de 30 minutos de cada sessão, ignorando-se os minutos iniciais e finais. A condição A1 da díade TR1/C1 durou duas sessões, as demais condições, para ambas as díades, foi de três sessões. A sessão 11 com a Díade 2 não foi gravada por problemas com a filmadora. Assim, a categorização da condição A2 teve duração de duas sessões. A Tabela 4 apresenta as condições da pesquisa e as sessões correspondentes para cada díade:

Tabela 4: Sessões referentes a cada condição da pesquisa, de acordo com a díade.

| | Preliminar | A1 | B1 | A2 | B2 |
|----------------|-------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Díade 1 | Sessões 1 a 4 | Sessões 5 e 6 | Sessões 7, 8 e 9 | Sessões 10, 11 e 12 | Sessões 13, 14 e 15 |
| Díade 2 | Sessões 1 a 4 | Sessões 5, 6 e 7 | Sessões 8, 9 e 10 | Sessões 11, 12 e 13 | Sessões 14, 15 e 16 |

Supervisões

Semanalmente, os terapeutas receberam supervisão de caso, nas quais eles relataram a sessão anterior e receberam orientação para a seguinte, respeitando as condições do delineamento. Todas as supervisões foram integralmente gravadas. A supervisora foi uma terapeuta com mais de 20 anos de experiência clínica e ciente da incumbência de manter a integridade do tratamento proposto no planejamento do estudo.

Categorização

A categorização aconteceu simultaneamente à coleta de dados, semanalmente. As falas dos terapeutas e dos clientes foram segmentadas em unidades de análise baseadas na mudança de falante, de acordo com os critérios propostos por Callaghan et al. (2008) A categorização seguiu as orientações do manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008).

Análise dos dados

Os dados são apresentados em três partes, separados por díade. Primeiramente, são mostrados os escores do IHS e BDI, coletados na primeira e última sessão do delineamento. Em seguida, apresenta-se a análise de probabilidade transicional do Modelo Multi-estados de Markov (Jackson, 2007), cujo objetivo é verificar se houve diferença entre as condições A1/A2 e B1/B2. Esse modelo estima todas as possibilidades de transição entre as categorias, a partir de uma matriz calculada com as transições observadas (Anexo 5). Os valores apresentados indicam a probabilidade de ocorrência de um evento Y, dada uma condição X. Assim, a probabilidade de um CRB1 ser seguido por um M é diferente da probabilidade de um M ser seguido por um CRB1.

Por fim, apresentam-se as porcentagens das categorias do terapeuta e cliente, nas quatro condições do estudo. As porcentagens representam o número de ocorrências de cada código, dado o número total de falas em cada condição. Optou-se por essa forma de exposição para favorecer a observação da mudança clínica ao longo do processo terapêutico. A análise estatística foi realizada pelo Laboratório de Estatística Aplicada da UFPR.

Resultados

Os dados foram obtidos a partir da categorização de 22 sessões, sendo 11 de cada díade. Ao todo, foram categorizadas 1009 falas: 370 falas da Díade 1 (T=185,

C=185) e 639 falas da Díade 2 (T=317, C=322). A seguir, são apresentados os dados de cada díade.

Díade 1

A Tabela 5 apresenta os escores do IHS e BDI para a Cliente 1, nas sessões 1 e 15. Observa-se que a pontuação do IHS da cliente passou de 91 para 100. Ambos os escores indicam bom repertório de habilidades sociais. Quanto ao BDI, a pontuação atingida pela cliente na sessão 1 sugeria depressão leve, ao passo que, na sessão 15, o escore indicava ausência de sintomas depressivos.

Tabela 5: Escores do Inventário de habilidades sociais e de depressão, ao início e final da coleta de dados, para a Cliente 1.

| Cliente 1 | IHS | BDI |
|------------------|------------|------------|
| Sessão 1 | 91 | 10 |
| Sessão 15 | 100 | 3 |

A Tabela 6 apresenta as probabilidades de transição mais relevantes para o estudo, comparando as condições A1/A2 e B1/B2. A transição que apresentou maior redução foi CRB1-TPR, que passou de 24,8% nas condições A1/A2 para 11,6% na condição B1/B2. O maior aumento pode ser notado na transição CRB1-TCRB1, que passou de 11,1% (A1/A2) para 17,3% (B1/B2). As transições que diminuíram da condição A1/A2 para B1/B2 foram CRB2-TPR e RO-O, que passam de 16,8% para 12,3% e 13,8% para 13,6%, respectivamente. Todas as demais transições apresentaram aumento.

Tabela 6: valores da análise transicional para a Díade 1, nas condições A1/A2 e B1/B2.

| Transições | Condição A1/A2 (%) | Condição B1/B2 (%) |
|------------|--------------------|--------------------|
| M-CRB1 | 29,3 | 31,7 |
| TCRB1-CRB1 | 24,8 | 27,5 |
| CRB1-TPR | 24,4 | 11,6 |
| CRB1-TCRB1 | 11,1 | 17,3 |
| TCRB1-CRB2 | 7,7 | 10 |

As Figuras 6 e 7 apresentam a porcentagem de ocorrência dos principais códigos do cliente e terapeuta, ao longo das quatro condições do estudo. As porcentagens de CRB1 e CRB2 encontram-se na Figura 6.

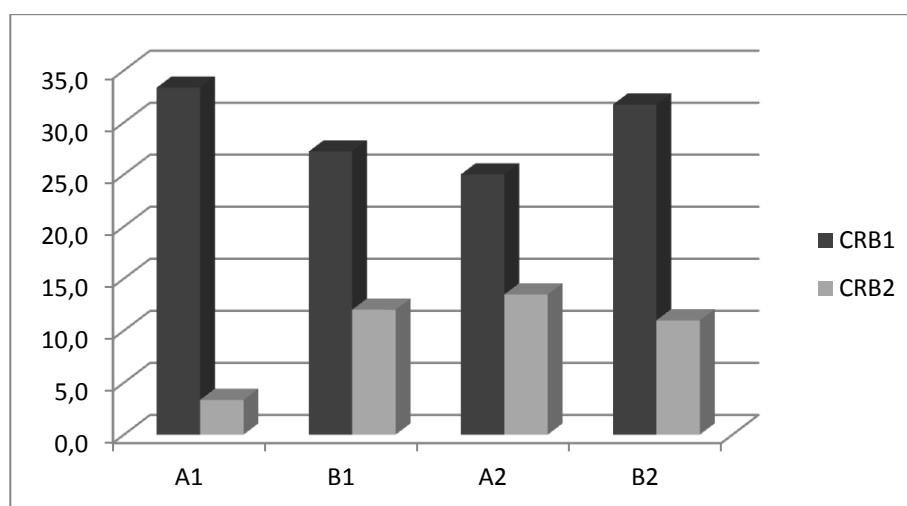


Figura 6: porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 (CRB1 e CRB2), nas quatro condições do estudo, para Díade 1.

Houve redução na porcentagem de CRB1 entre as condições A1 (33%), B1 (27%) e A2 (25%), porém, a porcentagem de CRB1 aumentou na condição B2 (32%), retornando a um nível próximo do inicial. A porcentagem de CRB2 foi crescente entre as fases A1 (3%), B1 (12%) e A2 (13,5%), porém decresceu na fase B2 (11%), permanecendo em um nível acima da condição inicial.

A Figura 7 apresenta as porcentagens das categorias do terapeuta TCRB1, M e ECRB. A porcentagem de ECRB foi maior nas condições A1 (15%) e A2 (7,7%), quando comparadas às condições B1 (7,2%) e B2 (6,1%). Comparando a porcentagem da categoria M nas condições A1/B1 e A2/B2, observa-se que essa foi maior na primeira metade do delineamento (A1=12%, B1=13%; A2=5%, B2=6%). A categoria TCRB1 apresentou maior porcentagem nas condições B1 (10,5%) e B2 (19,5%), ao passo que, nas condições A1 e A2, sua porcentagem foi de 0% e 4%, respectivamente.

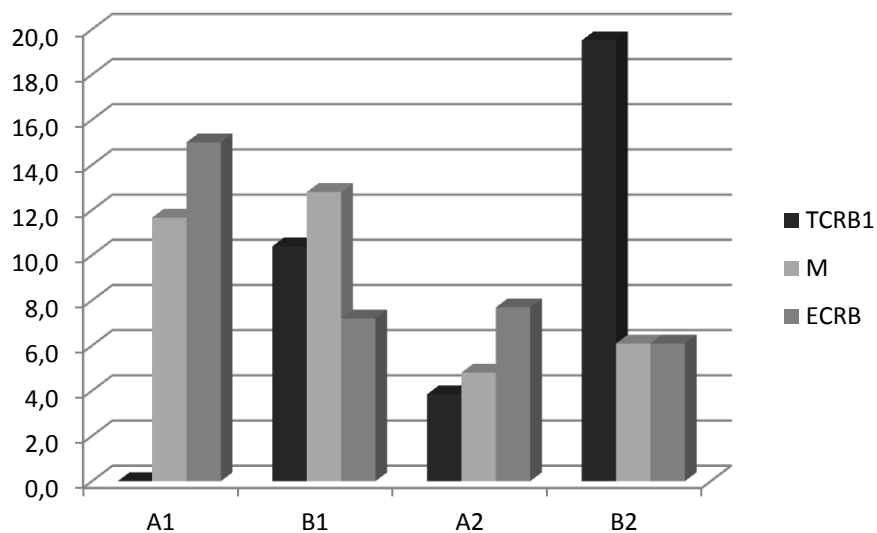


Figura 7: porcentagem de categorias do terapeuta de evocar CRB (ECRB), responder contingentemente ao CRB1 (TCRB1) e perder a oportunidade de responder ao CRB (M), nas quatro condições do estudo, para a Díade 1.

Díade 2

A Tabela 7 apresenta os escores do IHS e BDI para a Cliente 2. Na sessão 1, a pontuação do BDI indicava ausência de sintomas depressivos e o IHS apontava para bom repertório de habilidades sociais. Os dois escores diminuíram ao final da sessão 16, sendo que o BDI passou a indicar depressão leve.

Tabela 7: escores do Inventário de habilidades sociais e de depressão, ao início e final da coleta de dados, para a Cliente 2.

| Cliente 2 | IHS | BDI |
|------------------|------------|------------|
| Sessão 1 | 110 | 8 |
| Sessão 16 | 95 | 11 |

A Tabela 8 apresenta as probabilidade de transição para a Díade 2, comparando as condições A1/A2 e B1/B2. A maior variação entre condições aconteceu com a transição RO-O, que passou de 21,6% para 27,9. A transição CRB1-TCRB1 aumentou de 14% para 17,6%. As demais transições, para essa díade, permaneceram praticamente inalteradas nas duas condições, apresentando uma diferença de, no máximo, 2%.

Tabela 8: valores da análise transicional para a Díade 2, nas condições A1/A2 e B1/B2.

| Transições | Condição A1/A2 (%) | Condição B1/B2 (%) |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| M-CRB1 | 35 | 34,9 |
| TCRB1-CRB1 | 34,8 | 33,7 |
| CRB1-TPR | 17,7 | 15,5 |
| CRB1-TCRB1 | 14 | 17,6 |
| TCRB1-CRB2 | 6,5 | 6,6 |

A Figura 8 apresenta as porcentagens de CRB1 e CRB2 em cada condição do estudo, para a Díade 2. A porcentagem de CRB1 diminuiu no decorrer das condições A1 (32,1), B1 (25,8) e A2 (13,5%) e retornou ao nível próximo do inicial durante a condição B2 (30,9%). A porcentagem de CRB2, por sua vez, passou de 4,6% na condição A1, para 7,3% na condição B1 e 19,2% na condição A2, diminuindo para 5,9% na condição B2.

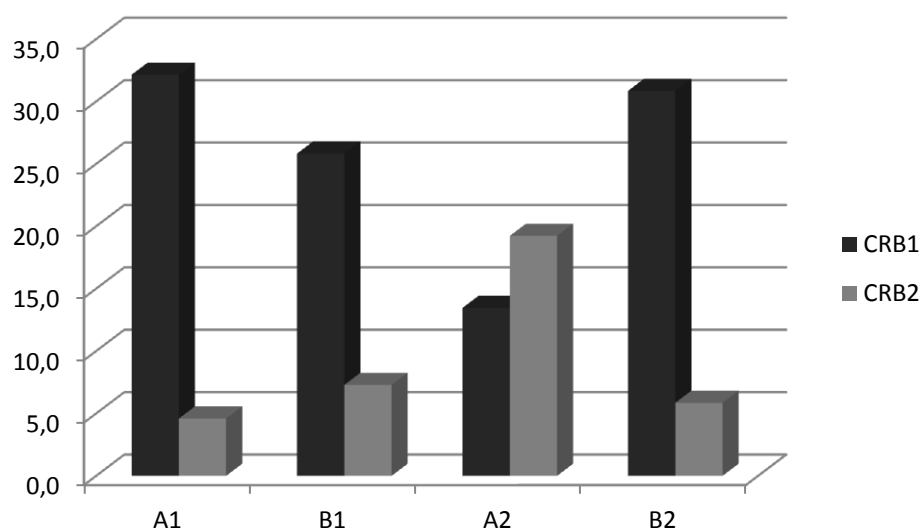


Figura 8: porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 (CRB1 e CRB2), nas quatro condições do estudo, para a Díade 2.

A Figura 9 demonstra as porcentagens das categorias do terapeuta TCRB1, M e ECRB, ao longo das quatro condições da pesquisa. A categoria ECRB apresentou maior porcentagem nas condições A1(18,9%) e A2 (14,9%). A categoria TCRB1 teve maior porcentagem nas condições B1 (12,6%) e B2 (13,3), comparadas às condições A1 (7,7%) e A2 (3,8%). A categoria M apresentou maior porcentagem na primeira metade do estudo (A1=7,7%, B1=6,6%) e foi reduzida na segunda metade (A2=1%, B2=2,7%).

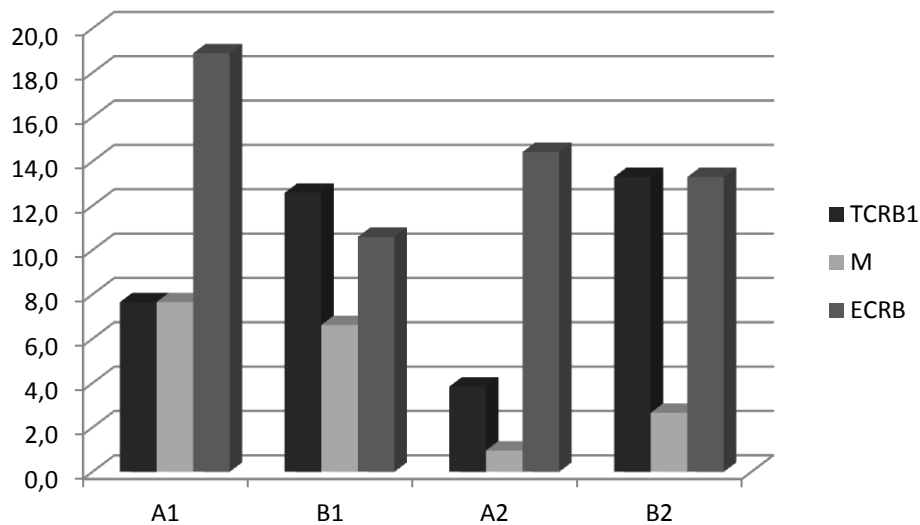


Figura 9: porcentagem de categorias do terapeuta de evocar CRB (ECRB), responder contingentemente ao CRB1 (TCRB1) e perder a oportunidade de responder ao CRB (M), nas quatro condições do estudo, para a Díade 2.

Discussão

O objetivo desse estudo foi avaliar os possíveis efeitos do procedimento de bloqueio de fuga/esquiva, por meio da interrupção de CRB1s. As duas condições foram planejadas de modo que a resposta contingente do terapeuta a CRB2s e Os fosse constante e que apenas a resposta contingente ao CRB1 variasse. Apesar de não ser possível afirmar se houve diferença estatisticamente significativa entre as condições, os valores observados na análise de probabilidade transicional, por meio de inspeção visual, sugerem a integridade do tratamento e indicam possíveis diferenças nos procedimentos entre as condições A1/A2 e B1/B2. A seguir, cada transição será discutida, a fim de explorar esses aspectos.

M-CRB1: em ambas as díades, os valores permaneceram estáveis entre as condições. Independentemente da condição do estudo, em aproximadamente um terço das vezes em que o terapeuta deixou de responder a um CRB1, o cliente continuou a emitir essa resposta. Esse dado é coerente com Callaghan, Summers e Weidman (2003), Callaghan e Follette (2008) e Callaghan et al. (2008), espera-se que, quando o terapeuta perde a oportunidade de responder a um CRB1, o cliente continue a engajar-se nesse comportamento.

ECRB-CRB1: os valores dessa transição permaneceram constantes ao longo das condições e das díades, da mesma forma que a transição anterior. Parece que a evocação tem mais chance de ser seguida por um CRB1 do que de um CRB2, o que levanta uma questão sobre seu uso na modelagem de CRBs. É possível que os terapeutas tenham evocado CRBs, nesse estudo, de modo a tornar a emissão de CRB1s mais provável. Assim, pode haver uma estratégia de evocação na qual a emissão de CRB2, ao invés de CRB1, seja mais provável e parcimoniosa. Estudos futuros podem investigar essa hipótese.

TCRB2-CRB2: apesar de os valores da Díade 2 terem sido menores, eles foram constantes entre as condições, para as duas díades. No caso da Díade 1, em quase um terço das ocasiões, o cliente engajou-se em um CRB2, após o terapeuta ter reforçado esse comportamento. Para a Díade 2, o CRB2 seguiu aproximadamente um quarto dos TCRB2s. Essa transição parece indicar mais uma diferença entre as clientes do que nos procedimentos do terapeuta. Considerando a conceituação de caso da Cliente 2³, na qual ignorar afirmações e perguntas do terapeuta consistia em uma instância de CRB1, pode-se supor que esta seria menos sensível às respostas do terapeuta e, portanto, respondesse com menos frequência às tentativas de reforçar uma resposta concorrente. Porém, pode-

³ A conceituação de caso encontra-se no Anexo 1.

se supor que a forma como os terapeutas responderam aos CRB2s foi coerente entre as condições.

TCRB1-CRB1: essa transição também apresentou valores constantes entre as condições e foi alto para as duas díades. Esse dado indica que, dada a resposta contingente do terapeuta a um CRB1, em aproximadamente um terço das oportunidades o cliente continuou a engajar-se em uma resposta desse tipo. Essa transição confirma a hipótese do *looping* CRB1-TCRB1-CRB1: dada a resposta contingente do terapeuta ao CRB1, é provável que o cliente engaje-se em mais CRB1, antes de passar para uma resposta concorrente.

CRB1-TPR: para as duas díades, a categoria TPR foi a mais provável de seguir um CRB1, nas condições A1/A2. Esse dado provavelmente diz respeito às características do delineamento. Os terapeutas, ao permitirem a emissão de CRB1 (condições A1/A2), poderiam responder a eles por meio de TPR, M ou ECRB. Ambos tendiam, contudo, a responder por meio de TPR. Somando-se a isso o fato de a transição CRB1-M ter apresentado baixa probabilidade para as díades, pode-se supor que os terapeutas foram eficazes em evitar o reforço inadvertido do CRB1. No caso particular da Díade 1, essa transição apresentou uma diminuição significativa entre as condições. O terapeuta passou, nas condições B1/B2, a responder de outra forma ao CRB1, possivelmente, adotando uma das quatro alternativas para interromper o CRB1, o que levou a diminuição da categoria TPR. Por outro lado, o Terapeuta 2 tendeu, mesmo nas condições A1/A2, a responder com maior frequência ao CRB1, o que pode explicar o fato de a transição CRB1-TPR ter sido menos provável para a Díade 2, nas duas condições.

CRB2-TCRB2: em ambas as díades, os valores mantiveram-se estáveis entre as condições. Essa transição indica que, na maior parte das oportunidades, os terapeutas responderam ao CRB2 de forma a tornar sua ocorrência mais provável. Isso indica que os terapeutas aplicaram o passo 7 da interação lógica da FAP (responder ao CRB2), independentemente da condição do estudo, o que sugere fortemente que os procedimentos propostos por Kohlenberg & Tsai (1991/2007) foram adotados.

O-RO e RO-O: essas transições mostram que, quando os clientes passaram a relatar comportamentos equivalentes aos CRBs, que ocorreram fora da sessão, os terapeutas tenderam a responder a isso e a manter o foco nesses relatos. Os valores dessas transições foram constantes para a Díade 1, entre as condições. Para a Díade 2, houve aumento na transição RO-O, nas condições B1/B2. Pode-se supor que a cliente manteve-se por mais tempo nas discussões sobre eventos externos à terapia. Considerando a conceituação desse caso, esse dado pode ser interpretado como um avanço clínico para a cliente, pois ao relatar tais eventos, o terapeuta tinha oportunidade de modelar respostas de expressar e descrever sentimentos.

CRB1-TCRB1: nas duas díades, essa transição foi mais provável nas condições B1/B2. Apesar de esse dado ser insuficiente para avaliar o efeito da intervenção, ele sugere que a integridade do delineamento foi mantida, mostrando que os terapeutas seguiram a orientação de responder deliberadamente ao CRB1 nas condições B1/B2 e permitir seu curso nas condições A1/A2.

TCRB1-CRB2: para a Díade 1, essa transição apresentou um pequeno aumento na condição B1/B2, porém, foi constante na Díade 2. Esse dado sugere que a apresentação da resposta contingente do terapeuta ao CRB1 teve pouca probabilidade de evocar uma

resposta concorrente do cliente (CRB2), mesmo durante as condições B1/B2, nas quais era esperado que o responder contingente ao CRB1 tivesse efeito também nos CRB2s.

Em síntese, as transições M-CRB1, ECRB-CRB1, TCRB2-CRB2, CRB1-TCRB1, CRB2-TCRB2, O-RO e RO-O demonstram que o delineamento foi seguido conforme planejado. Por sua vez, as transições CRB1-TPR e CRB1-TCRB1 indicam diferenças entre os procedimentos clínicos, em situações nas quais os terapeutas responderam deliberadamente ao CRB1 e em situações nas quais o foco foram Os e CRB2s.

A partir das transições, não é possível afirmar que a resposta contingente do terapeuta teve efeito nos CRB1s e CRB2s. Contudo, ao se analisar as porcentagens dessas respostas ao longo do processo, podem-se levantar hipóteses sobre esses efeitos. Para a Díade 1, o primeiro dado a ser observado foi no aumento da porcentagem de CRB2, entre as condições A1 e B1. Um fenômeno similar é observado com a Díade 2, entre as condições B1 e A2. Uma explicação possível para isso é que, à medida que os terapeutas começaram a responder contingentemente aos CRB1s, o foco das sessões passou a ser a relação terapêutica, ambiente no qual a emissão de CRB2s tornou-se mais provável. O atraso dessa mudança para a Cliente 2 pode ser creditada às particularidades do caso, pois, como já mencionado, a cliente tendia a ignorar tentativas do terapeuta de modelar respostas concorrentes ao CRB1.

O aumento na porcentagem de CRB1s na condição B2 pode ser explicado pelo efeito do *looping* CRB1-TCRB1-CRB1 e, ainda, pelo efeito da reintrodução da intervenção. À medida que os terapeutas voltaram a responder aos CRB1s de forma contingente e intencional, depois de um período no qual esse procedimento foi adotado com parcimônia, a probabilidade de ocorrência de CRB1s voltou a níveis próximos na condição A1.

Com relação aos códigos dos terapeutas, pode-se notar que a evocação de CRBs foi predominante nas condições A1/A2. Isso indica que a habilidade de evocar comportamentos clinicamente relevantes já fazia parte do repertório dos terapeutas e que a evocação de CRBs foi independente da condição do estudo. Apesar de não estar claro o papel da evocação de CRB2s no processo terapêutico, pode-se hipotetizar que este seja uma alternativa ao bloqueio de fuga/esquiva.

Para a Díade 1, na condição B1, a categoria M foi a mais frequente. Esse dado pode estar relacionado à tolerância da cliente quanto à intervenção. O terapeuta pode ter perdido intencionalmente oportunidades de responder ao CRB1, a fim de amenizar a aversividade da sessão.

Comparando o número de falas categorizadas com os números relatados em outros estudos (Freitas, 2011; Meurer, 2011, Oshiro, 2011), respeitando-se diferenças de delineamento, os valores para as díades desse estudo ainda podem ser considerados baixos. Essa diferença é maior na Díade 1, a qual apresentou um número de falas 42% menor em relação à Díade 2. Pode-se hipotetizar que essa diferença ocorra em razão da natureza do delineamento, ou a características dos e das clientes. Quanto ao delineamento, é possível que os terapeutas tenham sido cautelosos quanto as suas falas, para evitar intervenções que pudessem enviesar os dados.

Ressalta-se, ainda, a semelhança nas Figuras 8 e 6. Apesar de tratarem-se de clientes e terapeutas diferentes, notou-se que a variação de CRB1s e CRB2 entre as condições do estudo respeitou um padrão muito parecido. Isso sugere alguma característica importante de processo terapêutico a ser investigada em estudos futuros, preocupados com unidades mais molares do tratamento.

Por fim, no que diz respeito aos escores do IHS e BDI, a diferença entre as duas aplicações foi pequena, para as duas clientes. Pode-se considerar que ambas apresentavam bom repertório de habilidades sociais e ausência de sintomas depressivos, já no início do processo. Para a Cliente 1, os valores indicam melhora clínica, por outro lado, para a Cliente 2, os escores indicam retrocesso. Contudo, esses dados podem sugerir que a Cliente 2 passou a observar e descrever seu comportamento de forma mais apurada, o que é coerente com a conceituação de caso e foi observado durante seu processo. A utilização desses instrumentos justifica-se como uma alternativa de mensuração da mudança clínica no cotidiano do cliente. Eles oferecerem pistas quanto à generalização de comportamentos modelados em sessão, contudo, faz-se uma ressalva quanto ao seu alcance. Estudos futuros podem investigar outras alternativas de medidas de generalização.

Considerações finais

O responder contingente do terapeuta, como mecanismo de mudança da FAP, carece de uma descrição em termos de procedimentos para terapeutas. Ao se assumir que o CRB1 pode envolver respostas de fuga/esquiva, é coerente propor o bloqueio a essas respostas como uma estratégia clínica. No presente estudo, foram desenvolvidas duas condições, nas quais os terapeutas foram orientados a: 1) responder contingentemente ao CRB1 por meio de quatro estratégias propostas, além de responder a CRB2 e Os ou 2) responder apenas a CRB2 e Os. O objetivo do estudo foi avaliar possíveis efeitos do bloqueio sob os comportamentos clinicamente relevantes.

A partir da análise dos dados, não é possível concluir se a diferença entre as condições A1/A2 e B1/B2 foi significativa. Por inspeção visual, contudo, pode-se dizer que houve diferença quanto aos procedimentos dos terapeutas adotados em cada condição. Aparentemente, as sessões das condições B1 e B2 foram menos evocativas, porém mantiveram foco maior nos comportamentos clinicamente relevantes.

Além disso, é possível que as mudanças observadas nas porcentagens de CRB1 e CRB2 estejam relacionadas à intervenção. Pode-se hipotetizar que o bloqueio de fuga/esquiva tem efeito no aumento da porcentagem de CRB1, como observado na condição B2, nas duas díades, e que potencialize a ocorrência de CRB2, como observado nas condições B1 e A2, nas díades 1 e 2, respectivamente. Contudo, estudos futuros devem levar em conta o efeito cumulativo da intervenção e o possível atraso na mudança das porcentagens de CRB1 e CRB2. Assim, sugere-se que o delineamento inicie com a intervenção e que a última condição seja sem intervenção (B-A-B-A)

Para tornar viável a análise estatística que indicaria se houve diferença significativa nos valores da análise transicional, entre as duas condições, seria necessário um número maior de sessões categorizadas. Dessa forma, recomenda-se que, em estudos futuros que adotem a FAPRS, sejam consideradas pelo menos dezoito sessões para categorização.

Para a prática clínica, esse estudo indica que o bloqueio de fuga/esquiva pode não ter efeito direto na diminuição de CRB1s, porém pode-se supor que haja um efeito penetrante na melhora clínica, observado no CRB2.

Referências

- Bolling, M., Parker, C., Kanter, J., Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1999). The client-therapist interaction: The core of a behavioral approach. *European Psychotherapie, 1*, 21-29.
- Bonow, J. T., Maragakis, A., & Follette, W.C. (2012) The Challenge of Developing a Universal Case Conceptualization for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, vol. 7*, no 2-3, p. 2-8.
- 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*.
- Callaghan, G. M. (1996). The clinical utility of client dream reports from a radical behavioral perspective. *The Behavior Therapist, 19*, 49-52.
- Callaghan, G. M. (2006). Functional analytic psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 2*, 416-431.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Coding Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS). *The Behavior Analyst Today, 9*, 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. N., (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: 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: Theory, Research, Practice, Training*, 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.
- 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 (IHS-Del-Prette): Manual de apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Follette, W. C., & Bonow, J. T. (2009). The Challenge of Understanding Process in Clinical Behavior Analysis: The case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1), 135-148.
- Freitas, S. T. (2011). *Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Jackson, C. H. (2011) *Multi-State Models for Panel Data: The msm Package for R*. disponível online em <http://www.jstatsoft.org/v38/i08/paper>

- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 463-467.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making Behavioral Activation More Behavioral. *Behavior Modification, 32*(6), 780-803.
- Kanter, J. W., Weeks, C., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009) Assessment and Case Conceptualization. In: Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., , & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (Eds.) (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2007). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 175-201.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue , & L. Krasner (Eds.). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248-254.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- López, F. J. C. (2002). Jealousy: A case of application of functional analytic psychotherapy. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 347-368.
- Meurer, P. H. (2011). *Efeito da apresentação de feedback no comportamento do terapeuta de evocar e responder aos comportamentos clinicamente relevantes*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012) A Single-Case Experimental Demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with Two Clients with Severe Interpersonal Problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, no 2-3, 111-116.
- Tsai, M, Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W., & Kohlanberg, R. (2009). The course of therapy: beginning, middle and end phases of FAP. In: Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

- Tsai, M., Plummer, M. D., Kanter, J. W., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. J. (2010). Therapist grief and functional analytic psychotherapy: Strategic self-disclosure of personal loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 1-10.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly, 20*, 105-114.
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration, 15(1)*, 101-114.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, s. J., & Busch, A. M. (2011) *Translating the Theoretical Into Practical. A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. Behavior Modification XX(X) 1– 33.*
- Xavier, R. N., Kanter, J. W., & Meyer, S. B. (2012) Transitional Probability Analysis of Two Child Behavior Analytic Therapy Cases. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, vol. 7, no 2-3*, 182-188.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve dois objetivos. O primeiro foi apresentar a interação lógica da FAP e propor alternativas de operacionalização do responder contingente do terapeuta ao CRB1. O segundo objetivo foi avaliar os efeitos de um desses procedimentos, o bloqueio ao CRB1, nos comportamentos clinicamente relevantes.

A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes é responsável pela mudança clínica. A interação lógica, ao desdobrar as cinco regras da FAP, permite a descrição de procedimentos para o terapeuta, de forma que a sessão seja propícia à ocorrência e modelagem de CRBs. Particularmente no caso do passo 5 – a resposta contingente ao CRB1, hipotetizam-se duas alternativas para o terapeuta. Pode-se reforçar diferencialmente respostas concorrentes ao CRB1, como CRB2 e Os, de forma a tornar a emissão de CRB1 menos provável. Outra opção para o terapeuta é interromper o CRB1 em curso, que nesse estudo foi feito por meio de quatro estratégias propostas: a) reapresentar a pergunta/afirmação na pausa do cliente, b) reapresentar a pergunta/afirmação interrompendo o cliente, c) oferecer descrição do efeito da resposta do cliente no terapeuta ou d) pedir que o cliente descreva seu próprio comportamento.

Para avaliar o efeito da interrupção do CRB1 nos comportamentos clinicamente relevantes, foi conduzido o estudo 2. No delineamento, foram desenvolvidas duas condições. Na condição A, os terapeutas ignoravam a emissão de CRB1, respondendo apenas a CRB2 e Os. Na condição B, além de responder aos CRB2 e Os, os terapeutas foram orientados a interromper o CRB1, por meio de uma das quatro alternativas propostas. Foi possível constatar diferenças de procedimento entre as duas condições,

por meio da análise das transições CRB1-TCRB1 e CRB1-TPR. É possível que o aumento na porcentagem de CRB1 nas condições B2 esteja relacionado à interrupção do CRB1. Notou-se, ainda, que o efeito no CRB2 pode ter sido atrasado, ocorrendo nas últimas sessões registradas de ambas as díades.

Pesquisas futuras podem concentrar-se em descrever os passos da interação lógica da FAP. Algumas questões acerca do seu funcionamento permanecem em aberto: o que é a resposta contingente ao CRB2? Promover paralelos de dentro para fora e solicitar lição de casa são eficazes na promoção da generalização? Responder essas perguntas ajuda a fornecer suporte empírico para prática clínica da FAP e pode ser útil na formação de terapeutas, além de lançar luz sobre os ingredientes ativos de um processo psicoterápico.

Por fim, esse trabalho indica que o uso do bloqueio de fuga/esquiva deve ser parcimonioso, respeitando a relação terapêutica e a tolerância do cliente. Apesar dessas ressalvas, essa forma de intervenção pode ser útil na promoção da melhora clínica.

ANEXOS

ANEXO 1 – CONCEITUAÇÃO DE CASO

Conceituação de caso para a Cliente 1

Eventos relevantes da história de vida:

Margarete, 31 anos, administradora, solteira, mora com a mãe. Tem uma irmã mais velha, com quem mantém contato. Namora há 3 anos e conta que seu relacionamento com o namorado é bom. Trabalha na mesma empresa há 5 anos. Está insatisfeita com o trabalho, recebeu apenas uma promoção na carreira e tem dificuldade de relacionar-se com os colegas.

Os pais divorciaram-se quando ela tinha 13 anos. Relata que era próxima do pai nessa época e queria morar com ele. Sentia-se deslocada na relação entre a mãe e a irmã. Depois da separação, o pai casou-se novamente e teve outros filhos. A cliente relata que ainda tem uma boa relação com ele, que este sempre foi presente na vida dela e da irmã. Por outro lado, a relação da cliente com a mãe é permeada por desentendimentos.

A cliente relata problema de obesidade desde a infância. Há 5 anos, passou por uma cirurgia bariátrica, mas o aumento de peso após a cirurgia foi maior do que o previsto pelos médicos. Queixa-se que cuidar da saúde não faz parte de sua rotina e sente pouco apoio da família nessa questão, uma vez que a mãe e a irmã não tem esse problema.

A queixa que a levou a buscar terapia foi a dificuldade de tomar decisões e concluir tarefas, a desorganização física (quarto, mesa de trabalho), relapso no cuidado com a saúde e dificuldade em administrar seu tempo.

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>OI</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar muitas referências para resolução de problemas (médicos, nutricionistas, dieta, etc); • Gritar com o namorado ; • Comer errado (quantidade e qualidade); • Resolver ou antecipar a resolução de problemas sem consultar as pessoas envolvidas; • Fazer promessas de que vai mudar para a mãe a irmã, mas acabar descumprindo; • Apresentar fala agressiva e desconexa; |
| <i>Variáveis mantenedoras</i> | Ambiente familiar invalidante → Esquiva: faz promessas, é proativa, come compulsivamente e busca ter controle → suspende possível punição por parte da família ou no trabalho. |
| <i>Pontos fortes e fracos</i> | Pontos fortes: relacionamento amoroso estável; participa de um coral e bom relacionamento com pai. Pontos fracos: desagrado com o emprego, relação conflituosa com a mãe, descuidado com a saúde após a cirurgia bariátrica. |
| <i>CRBI</i> | <p>Classe de esquiva de envolvimento com a terapeuta através de fala demasiada, pouca autoexposição e racionalização/controle.</p> <p>Exemplos de topografias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falar sobre assuntos secundários quando questionada do efeito das suas respostas nas outras pessoas e na terapeuta; • Apresentar um conflito e em seguida a solução (“está tudo sob controle”); • Falar em demasia, sem dar espaço para a terapeuta; |

| | |
|--------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Interromper a terapeuta; • Ignorar perguntas da terapeuta; • Trazer assuntos prontos; |
| <i>CRB2 (hipotético)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Ouvir e responder a terapeuta; • Falar dos sentimentos com relação aos seus problemas e a relação terapêutica; • Permitir que a terapeuta proponha temas a serem abordado; • Perguntar a opinião da terapeuta sobre os assuntos tratados; |
| <i>O2</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Falar mais baixo; • Expor o que está sentindo para mãe e namorado; • Perguntar a opinião das pessoas antes de tomar decisões no trabalho; • Ouvir o namorado; |
| <i>T1</i> | Dificuldade para interromper a cliente em meio à sua fala. |
| <i>T2</i> | Demonstrar empatia quando a cliente expressa sentimentos, trazer o foco da sessão para o aqui-e-agora. |

Conceituação de caso para a Cliente 2

Eventos relevantes da história de vida:

Alice, 25 anos, faz faculdade e trabalha como secretária. Mora com os pais e duas irmãs mais velhas. A cliente relata que, em casa, discussões entre os membros da família são rotineiras. A mãe faz acompanhamento psiquiátrico, devido a um quadro depressivo, passa a maior parte do tempo em casa e queixa-se da situação doméstica. O pai é alcoolista e frequenta uma igreja diferente da cliente, o que leva a desentendimentos entre os dois. Sobre a adolescência, a cliente diz: “Eu me sentia reprimida, não podia fazer o que queria nem dizer o que pensava” (sic). A situação familiar leva-a a ficar fora de casa a maior parte do tempo. Durante a semana, trabalha durante o dia e estuda a noite e, nos fins de semana, procura sair com o noivo ou amigos. Diz que se sente angustiada quando precisa ficar em casa.

A cliente está em um relacionamento estável há aproximadamente um ano. Ficou noiva logo no início da terapia. Relata que o começo foi difícil, pois “faltava comunicação” entre ela e o noivo. Houve diversas situações nas quais os dois marcavam encontros e o companheiro esquecia ou ia para um lugar diferente do marcado. Atualmente, ela relata que essa situação mudou. A cliente já noivou anteriormente, mas conta que, no outro relacionamento, pensava que o companheiro “não iria realizar seus sonhos” (sic). Ela pretende casar-se com o atual noivo, pois acredita que ele é a pessoa certa para ela ter a vida que quer. A cliente relata que quer uma vida diferente, na qual ela possa viajar e trabalhar com artes e, com o noivo, ela acredita ser possível alcançar isso.

No trabalho, conta que tem dificuldade em relacionar-se com os colegas, irrita-se com facilidade e discute. Relata que está insatisfeita com o trabalho, mas receia sair e ficar desempregada. Gostaria de trabalhar com atividades culturais e de arte. Com relação à faculdade, que está prestes a concluir, diz sentir-se insegura. Ela relata que os colegas estão mais preparados, pois têm condições financeiras melhores que ela.

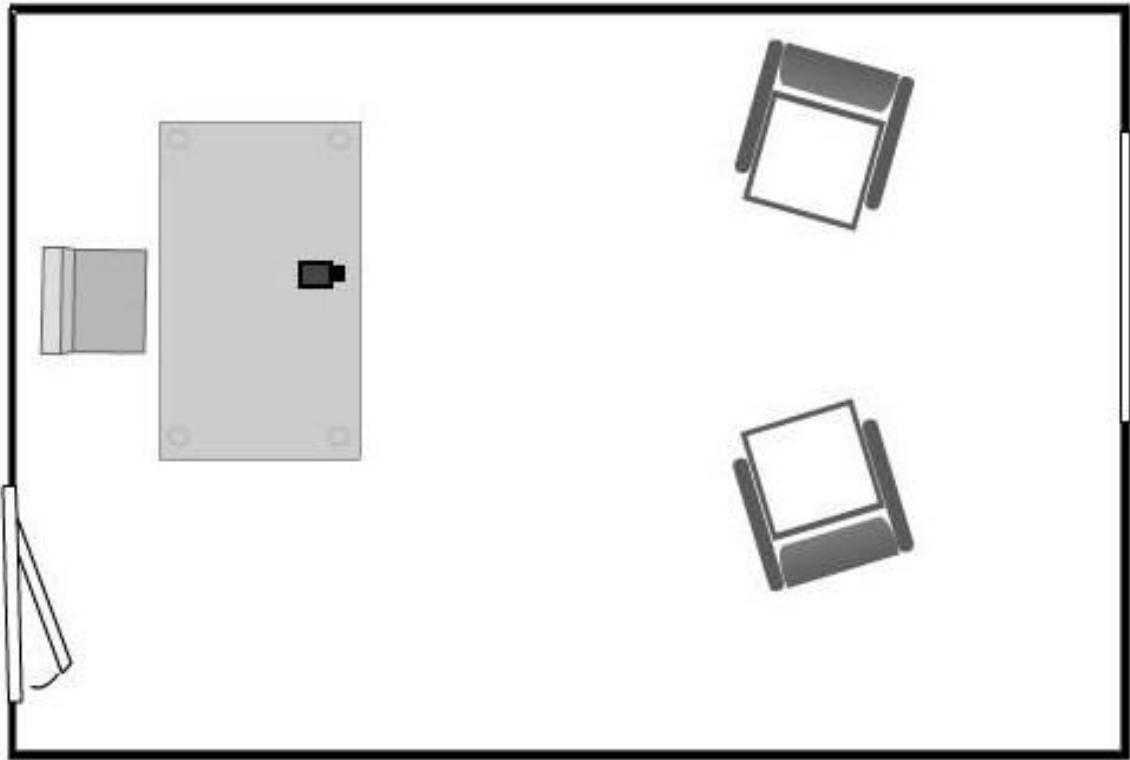
A cliente procurou terapia em um dia que “estava de TPM” (sic). Pensa que a terapia vai ajudá-la a reconhecer o que gera seus conflitos, decidir o que ela quer e concretizar seus objetivos.

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>OI</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Evitar ficar em casa no final de semana; • Evitar dedicar-se a faculdade, com estágios ou nos estudos; • Discutir e ter crises de ansiedade no trabalho; • Expressar inadequadamente opiniões e sentimentos (“não saber o que dizer”, chorar ao invés de expor-se); • Omitir fatos do noivo; • Falar de diversos assuntos, sem aprofundar-se em nada; • Discutir com o pai sobre religião; • Abandonar as tarefas inacabadas; |
| <i>Variáveis mantenedoras</i> | <p>Pais invalidantes, mãe depressiva, pai alcoolista, situação financeira da família, controle verbal da religião (mundo prometido x mundo real) → ficar fora de casa, ver na ausência da coisa vista (sonhar com outra vida), ser superficial → suspende a condição aversiva.</p> |
| <i>Pontos fortes e fracos</i> | <p>Pontos fortes: Gosta de teatro e artes em geral, tem facilidade de interagir com o terapeuta, está em um relacionamento estável, frequenta uma igreja.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | Pontos fracos: está descontente com o trabalho, conflitos com os pais, fala prolixa e aquém aos propósitos da terapia. |
| <i>CRB1</i> | <p>Esquiva de dados de realidade e de aprofundar a relação com o terapeuta</p> <p>Exemplos de topografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falar sobre assuntos aleatórios e emendar histórias, sem aprofundar-se; • Deixar de expressar sentimentos, • Relatar algo negativo, mas em seguida completar que já a situação já se resolveu (ex: brigas com o pai, evolução do relacionamento com o namorado, crise de ansiedade), • Defender o noivo, elogiar suas atitudes, mas não falar com clareza sobre o relacionamento; • Evitar falar sobre o alcoolismo do pai e da depressão da mãe, • Mudar de assunto, quando questionada sobre seus relacionamentos; • Apresentar um discurso formatado; |
| <i>CRB2 (hipotético)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Responder as perguntas do terapeuta, sem mudar de assunto ou emendar histórias, • Expressar sentimentos sobre as situações aversivas e sobre seus projetos, • Deixar o terapeuta falar e ouvir o que ele tem a dizer, • Ser autêntica com o terapeuta. |

| | |
|-----------|---|
| <i>O2</i> | <ul style="list-style-type: none">• Ficar em casa,• Abrir-se com o namorado,• Procurar um trabalho na sua área de interesse,• Expor opiniões assertivamente em discussões,• Conversar com os pais sem discutir,• Terminar as tarefas que inicia, |
| <i>T1</i> | Dificuldade em interromper a cliente, permitir que a cliente mude de assunto e conduza a sessão. |
| <i>T2</i> | Aprofundar em questões que a cliente esquiva-se, conduzir a sessão, demonstrar empatia. |

ANEXO 2 – PLANTA BAIXA DA SALA DE ATENDIMENTO



ANEXO 3 – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA E TERMOS DE
CONSENTIMENTO E COMPROMISSO



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 13 de fevereiro de 2012

Ilmo (a) Sr. (a)
Juliana Maria Bubna Popovitz
Jocelaine Martins da Silveira

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Efeito do bloqueio de fuga/esquiva nos comportamentos clinicamente relevantes do cliente”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 14 de dezembro de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 23 de janeiro de 2012.

Registro CEP/SD: 1277.202.11.12

CAAE: 0216.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

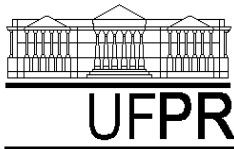
Data para entrega do 1º relatório parcial e/ou de conclusão: 13/08/2012.

Atenciosamente

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terapeuta)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é estudar a relação terapêutica ao longo de um processo de psicoterapia. Essa pesquisa é conduzida pela pesquisadora Juliana Maria Bubna Popovitz, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira, do Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (41) 9224-0041, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, ou pelo e-mail popovitz@gmail.com, para quaisquer esclarecimentos a respeito da pesquisa. A orientadora da pesquisa pode ser contatada pelo telefone (41) 3310-2644, ou pelo email jocelainesilveira@ufpr.br, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Você ainda pode nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2^o andar, Curitiba-PR.

O objetivo dessa pesquisa é de identificar os efeitos de uma técnica de intervenção chamada de confrontação na mudança clínica do paciente. Essa pesquisa justifica-se, pois ajudará a compreender um aspecto relacionado à mudança clínica em pacientes atendidos a partir da Psicoterapia Analítica Funcional. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental. O procedimento da pesquisa consiste em atendimentos de psicoterapia semanais e a sua participação nessa pesquisa consiste no atendimento semanal de um(a) paciente adulto(a), sob a perspectiva da Psicoterapia Analítica Funcional, por aproximadamente 18 semanas, no Centro de Psicologia Aplicada da UFPR. As sessões acontecerão em uma sala de espelho, onde a pesquisadora estará presente em TODOS os atendimentos, podendo intervir caso sua segurança ou bem-estar estejam em risco. Cada atendimento terá duração de 50 minutos à 1 hora. O estudo terá quatro etapas: em cada uma delas, você receberá uma orientação diferente da pesquisadora, de como proceder perante comportamentos do paciente. A sua participação na pesquisa NÃO será remunerada.

NÃO são esperados riscos ou desconfortos físicos ou psicológicos, contudo, você receberá supervisão semanal de uma professora supervisora, que estará a sua total disposição para orientá-lo(a) no encaminhamento do caso, assim como poderá oferecer suporte, caso você sinta qualquer tipo de desconforto ao conduzir os atendimentos. Sua identidade será mantida sob sigilo e você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause 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 dessa pesquisa, o material coletado nas gravações das sessões será mantido em sigilo por um período de 5 anos, em acordo com a resolução 196/96 do CEP, após esse período, todo o material será destruído. 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 sua participação, que será valiosa no desenvolvimento do conhecimento nesta área, e sem a qual este estudo não seria possível.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e autorizo a publicação dos resultados sem a minha identificação.

Curitiba, _____ de _____ de _____

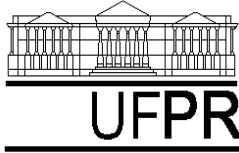
Assinatura do participante

Juliana M. B. Popovitz

Pesquisadora responsável

Prof^a Dr^a Jocelaine M. da Silveira

Orientadora



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Paciente)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é estudar a relação terapêutica ao longo de um processo de psicoterapia. Essa pesquisa é conduzida pela pesquisadora Juliana Maria Bubna Popovitz, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira, do Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (41) 9224-0041, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, ou pelo e-mail popovitz@gmail.com, para quaisquer esclarecimentos a respeito da pesquisa. A orientadora da pesquisa pode ser contatada pelo telefone (41) 3310-2644, ou pelo email jocelainesilveira@ufpr.br, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Você ainda pode nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2^o andar, Curitiba.

O objetivo dessa pesquisa é de identificar os efeitos de uma técnica de intervenção chamada de confrontação na mudança clínica do paciente. Essa pesquisa justifica-se, pois ajudará a compreender um aspecto relacionado à mudança clínica em pacientes atendidos a partir da Psicoterapia Analítica Funcional. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental. No caso dessa pesquisa, o terapeuta irá conduzir seus atendimentos da mesma forma como o faria em qualquer atendimento, porém, como o objetivo é estudar uma técnica específica, chamada de confrontação, em algumas situações, ele irá fazer perguntas ou afirmações de modo a fazê-lo(a) refletir mais cuidadosamente sobre algum tópico abordado durante a sessão.

O procedimento da pesquisa consiste em atendimentos de psicoterapia semanais. Sua participação nessa pesquisa consiste em comparecer a atendimentos semanais de

psicoterapia, conduzidos por um aluno do último ano em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, sob supervisão de um professor e psicólogo clínico experiente, sob a perspectiva da Psicoterapia Analítica Funcional, por aproximadamente 18 semanas, no Centro de Psicologia Aplicada da UFPR. As sessões acontecerão em uma sala de espelho, onde a pesquisadora estará presente em TODOS os atendimentos, podendo intervir caso seja necessário. Cada sessão terá duração entre 50 minutos e 1 hora. A sua participação na pesquisa NÃO será remunerada e NÃO acarretará em qualquer custo para você. Como em qualquer processo de psicoterapia, você pode sentir algum desconforto ou ter respostas emocionais (por exemplo: tristeza, ansiedade, irritação), contudo, esse desconforto faz parte do processo de psicoterapia e você terá total suporte do seu terapeuta para lidar com esses sentimentos. NÃO há qualquer risco a sua saúde ou bem-estar físico ao participar da pesquisa. Sua identidade será mantida sob sigilo e você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer tipo de prejuízo. Ao final da pesquisa, ou caso você decida não dar continuidade na sua participação, você poderá continuar o atendimento com seu terapeuta, ou ser encaminhado para outro terapeuta, conforme sua escolha.

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 dessa pesquisa, o material coletado nas gravações das sessões será mantido em sigilo por um período de 5 anos, em cumprimento à Resolução 196/96 do CEP, após esse tempo, o material será completamente destruído. 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 sua participação, que será valiosa no desenvolvimento do conhecimento nesta área, e sem a qual este estudo não seria possível.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e autorizo a publicação dos resultados sem a minha identificação.

Curitiba, ____ de _____ de _____

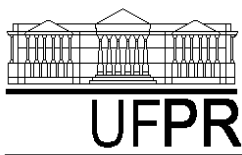
Assinatura do participante

Juliana M. B. Popovitz

Pesquisadora responsável

Prof^ª Dr^ª Jocelaine M. da Silveira

Orientadora



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Categorizadores)

Você está sendo convidado(a) a colaborar com a pesquisa intitulada “Efeitos do bloqueio de fuga/esquiva nos comportamentos clinicamente relevantes”. Essa pesquisa é conduzida pela pesquisadora Juliana Maria Bubna Popovitz, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira, do Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Sua participação na pesquisa implica o acesso ao material de áudio e vídeo, bem como das transcrições das sessões de uma díade terapeuta/cliente. Para garantir o sigilo dos participantes, bem como a proteção do material, algumas condições devem ser observadas:

1. Somente você terá acesso aos registros das sessões.
2. O material deve ser manuseado e mantido em local protegido de terceiros.
3. As informações as quais você terá acesso são estritamente sigilosas. Você não deverá compartilhar dados sobre o terapeuta, cliente ou sobre o caso clínico.
4. Ao fim da pesquisa, você compromete-se a devolver todo o material, sem realizar cópias do mesmo e sem violar os originais.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo e quais são as minhas atribuições no mesmo. Eu concordo em participar deste estudo e comprometo-me a respeitar as condições desse termo.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Juliana M. B. Popovitz

Pesquisadora responsável

Prof^ª Dr^ª Jocelaine M. da Silveira

Orientadora

ANEXO 4 – MANUAL DE TREINO DE TERAPEUTAS PARA O USO DO
BLOQUEIO DE FUGA/ESQUIVA

O presente manual foi desenvolvido pela autora como parte integrante de sua pesquisa de mestrado, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. O objetivo é capacitar terapeutas no manejo de respostas de fuga/esquiva, a partir da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, Kanter et al., 2006. Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010; Kohlenberg & Tsai, 1991/2007; Tsai et al., 2009). O treino divide-se em três etapas:

- Grupo de estudos sobre a Psicoterapia Analítica Funcional.
- Apresentação da interação lógica e conceituação de caso.
- Apresentação de alternativas do bloqueio de fuga/esquiva.

Grupo de estudos sobre a Psicoterapia Analítica Funcional

Essa etapa consiste na leitura e discussão em grupo do livro intitulado “Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006). A duração prevista do grupo é de 10 encontros de 2 horas cada, totalizando 20 horas. Pode-se estender ou reduzir a duração da etapa, dependendo da familiaridade dos participantes com os fundamentos da FAP.

A interação lógica da FAP

Nessa etapa, é apresentada a interação lógica da FAP (Weeks, Kanter, Bonow, Landes. & Busch, 2011) e do modelo de conceituação de caso proposto por Tsai,

Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette e Callaghan (2009). A duração prevista é de 10 horas.

A interação lógica da FAP foi proposta por Weeks et al. (2011) e apresenta as cinco regras terapêuticas da FAP, desdobradas em doze passos de uma interação ideal, na qual CRBs são evocados e modelados. A tabela 1 resume as cinco regras e descreve os passos da interação:

| Regra | Passo |
|--|---|
| <i>Regra 1: observar a ocorrência de CRBs</i> | 1 - Terapeuta fornece paralelo de fora para dentro |
| | 2 - Cliente confirma o paralelo |
| <i>Regra 2: Evocar CRBs</i> | 3 - Terapeuta evoca CRB |
| | 4 - Cliente engaja-se em CRB1 |
| <i>Regra 3: responder de forma natural e contingente aos CRBs</i> | 5 - Terapeuta responde contingentemente ao CRB1 |
| | 6 - Cliente engaja-se em CRB2 |
| | 7 - Terapeuta responde contingentemente ao CRB2 |
| | 8 - Cliente engaja-se em mais CRB2 |
| <i>Regra 4: avaliar o efeito da resposta do terapeuta no cliente</i> | 9 - Terapeuta pergunta sobre o efeito da resposta no cliente |
| | 10 - Cliente engaja-se em mais CRB2 |
| <i>Regra 5: implementar estratégias de generalização</i> | 11 - Terapeuta fornece paralelo de dentro para fora e solicita tarefa de casa |
| | 12 - Cliente demonstra vontade de tentar lição de casa |

A conceituação de caso a seguir é uma adaptação para o português da proposta por Tsai et al. (2009). Ela é realizada nas sessões iniciais do processo terapêutico e serve como direcionador do trabalho clínico. A Tabela 2 apresenta os pontos que devem ser contemplados na conceituação de caso:

| | |
|------------------------|---|
| História de vida | Resumo dos eventos relevantes da história de vida do cliente |
| O1 | Exemplos de topografias de comportamentos problema que ocorrem fora da sessão |
| Variáveis mantenedoras | Descrição em termos funcionais das variáveis mantenedoras do problema |
| Pontos fortes e fracos | Descrição dos pontos fortes e fracos do cliente |
| CRB1 | Exemplos de topografia de comportamentos problema que ocorrem em sessão |
| CRB2 (hipotético) | Exemplos de topografia de comportamentos relacionados a melhora do cliente |
| O2 | Exemplos de topografias de comportamentos relacionados a melhora que ocorrem fora da sessão |
| T1 | Comportamentos do terapeuta que podem atrapalhar a interação com o cliente |
| T2 | Comportamentos do terapeuta que podem facilitar a interação com o cliente |

A seguir, apresenta-se um exemplo de conceituação de caso e um trecho de interação da mesma cliente, ilustrando os doze passos da interação lógica da FAP:

Conceituação de caso

História de vida: Eliane, 45 anos, autônoma, separada. Buscou terapia por achar que precisava “se encontrar” (sic), disse que se sentia irritada e que acabava “descontando nos outros” (sic). É a filha mais velha, tem outros 3 irmãos. Os pais separaram-se quando ela ainda era bebê, a situação financeira da mãe era complicada, teve uma infância de privações. Aos 15 anos, foi morar com o pai, porém, cinco anos mais tarde, o pai faleceu e Eliane foi morar com o companheiro, com quem teve uma filha, hoje com 20 anos. Viveu com o companheiro por alguns anos, mas sua mãe descobriu que ele a traía e a obrigou a terminar o relacionamento. Na mesma época, a cliente começou a trabalhar em uma empresa de organização de eventos. A cliente relata que “deu a vida” (sic) pelo trabalho, chegava a trabalhar 15 horas por dia. Ela conta que, apesar da amizade que tinha com a dona da empresa, seu relacionamento com esta era difícil. Depois de uma série de desentendimentos, a empresa foi fechada e a cliente ficou sem trabalho. Atualmente, ela vive da venda de produtos de saúde e beleza e mora sozinha. Queixa-se de não ter conseguido bens materiais e não ter uma profissão. Quando começou a trabalhar como vendedora, sentia-se motivada, porém, depois de algum tempo, diz sentir-se frustrada e insatisfeita com seu trabalho. A cliente relata que, desde criança, tem dificuldade de relacionar-se com a mãe. Conta que esta é controladora e inflexível, que fala frequentemente de religião e julga as pessoas por esse viés. Brigas e desentendimentos entre elas são comuns. A cliente reclama de não ter apoio da família, em particular da mãe, de não poder pedir ajuda ou compartilhar os seus problemas sem receber críticas. A filha da cliente vive com a avó materna desde pequena. Por todo o tempo em que esteve trabalhando na empresa de eventos, a cliente conta que tinha pouco contato com a filha. As duas passam pouco tempo juntas, mas a mãe permite que a filha faça coisas reprovadas pela avó (ex: namorar, querer morar

| | |
|------------------------|---|
| fora do país). | |
| Variáveis mantenedoras | a) aversividade no ambiente familiar; b) privação de reforçadores sociais, por conta de uma sobrecarga de trabalho, c) falta de repertório de envolvimento e d) poder reforçador do trabalho (financeiro). Tais contingências assumiam duas funções: a) reforçadoras de respostas de “dedicação”, “doação” ao trabalho e à chefe; b) punidoras de respostas concorrentes, de buscar outros trabalhos ou relacionamentos. |
| Pontos fortes e fracos | Apesar de a cliente evitar entrar em pontos relevantes do processo terapêutico, ela apresenta facilidade de relacionar-se quando não há risco de autoexposição; consegue abstrair, usar metáforas e estabelecer relações entre eventos na sua história; apresenta fala coesa e seus relatos são coerentes, apesar de prolixos. |
| O1 | Esquiva de contato com sentimentos, necessidade de controle e déficit de repertório para relacionamento íntimo. Exemplos de topografias: <ul style="list-style-type: none"> • Seus relacionamentos restringem-se ao nível profissional; • Fala pouco sobre si para as pessoas; • Evita receber pessoas em casa ou atender o telefone; • Demonstra pouca empatia, evita fazer perguntas pessoais. |
| O2 | Demonstrar sentimentos em relação às situações aversivas, ser autêntica nas relações, expor-se, estabelecer vínculos. Exemplos de topografias: <ul style="list-style-type: none"> • Conversar com a mãe/irmãos sobre como ela se sente em relação à situação familiar • Passar mais tempo com a filha e compartilhar seus problemas; |

| | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Expressar sentimentos para pessoas próximas; |
| CRB1 | <p>Esquiva de contato com sentimentos, necessidade de controle e déficit de repertório para relacionamento íntimo.</p> <p>Exemplos de topografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar a sessão, mudando de assunto, contando histórias de outras pessoas, relatando os mesmos eventos em diversas sessões ou fornecendo detalhes desnecessários; • Falar que está tudo bem ou que não quer chorar; • Demonstrar pouca empatia pela terapeuta. |
| CRB2 | <p>Demonstrar sentimentos em relação às situações aversivas, deixar a terapeuta guiar a sessão, estabelecer vínculo com a terapeuta.</p> <p>Exemplos de topografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chorar ou emocionar-se; • Responder às perguntas da terapeuta objetivamente; • Acolher as expressões de afeto e preocupação da terapeuta (ser empática); • Vir para a sessão sem ter tópicos prontos (ser genuína). |
| T1 | <p>Classe de evitação de exposição de sentimentos: Dificuldade em expor sentimentos sobre o impacto da cliente nela e falar sobre a relação terapêutica</p> |
| T2 | <p>Classe de autoexposição e autorrevelação: expor sentimentos e falar da relação terapêutica;</p> |

O trecho a seguir é a transcrição de uma interação da cliente Eliane com a terapeuta, na qual se observa os dozes passos da interação lógica. Entre colchetes, encontra-se a observação sobre o passo em questão.

[Cliente relata briga com a mãe]

T: então, você não falou para a sua mãe que tinha ficado chateada com o que ela disse, simplesmente foi embora?

C: isso, eu não queria continuar lá, fiquei com medo de perder o controle e começar a chorar.

T: entendo. Eu acho que, às vezes, você faz isso aqui também, quando eu faço alguma pergunta difícil, você meio que “vai embora”, eu sinto que você fica distante, conta história de outras pessoas, muda de assunto... [Passo 1, terapeuta estabelece paralelo de fora para dentro]

C: sim, eu tenho muito medo de começar a chorar aqui e não conseguir parar mais. [Passo 2, cliente confirma paralelo]

T: você sente vontade de chorar quando pensa na briga com a sua mãe? [Passo 3, terapeuta evoca CRB]

C: não, eu já passei por tanta coisa com a minha mãe que simplesmente não sinto nada, é indiferente para mim, eu não me importo com o que ela fala. [Passo 4, cliente engaja-se em CRB1]

T: quando você fala assim, eu sinto como se você estivesse levantando um escudo e mandando eu me afastar. Você acha que consegue abaixar a guarda um

pouquinho e me dizer o que está sentindo de verdade? [Passo 5: terapeuta responde ao CRB1]

C: ai meu Deus! (pausa) eu não quero prestar atenção no que estou sentindo, é muito ruim, se eu começar a chorar, não vou mais parar. [Cliente engaja-se em mais CRB1]

T: eu sei que isso é difícil, muitas coisas que nós sentimento nos fazem ficar mal, mas eu acho importante falarmos sobre as coisas ruins também, só assim conseguimos fazer alguma coisa com elas... [Terapeuta responde ao CRB1]

C: (começa a chorar) eu sinto que, por mais que eu tente, minha vida não sai do lugar. Minha mãe me trata mal o tempo todo, não importa o que eu faça, eu não tenho uma profissão, minha filha me ignora, nada dá certo para mim! Às vezes as pessoas acham que eu não tenho problemas, porque eu estou sempre sorrindo, bem arrumada. Mas elas não entendem, elas não sabem. [Passo 6: cliente engaja-se em CRB2]

T: isso que você disse agora é muito significativo. Faz eu te entender melhor. Até esse momento, eu não imaginava que você se sentisse assim. Você realmente se deixou mostrar, sem medo do que eu iria pensar. [Passo 7 terapeuta responde a CRB2]

C: sim, eu sinto certo alívio por ter falado, mas ao mesmo tempo vergonha. Eu tenho medo que as pessoas achem que eu sou fraca, não sei o que fazer com isso... [Passo 8, cliente engaja-se em mais CRB2]

T: eu não acho que você seja fraca. Na verdade, bem ao contrário, por tudo o que você já passou, com a sua mãe, no seu trabalho, eu admiro a sua força e a sua coragem. Acho que, quando você se mostra, como você fez agora, as pessoas lá fora se sentem mais próximas de você, mais à vontade. Você acha que compartilhar seu

sentimento comigo foi útil? [Terapeuta responde ao CRB2 e engaja-se no Passo 9: perguntar sobre o efeito da sua resposta na cliente]

C: eu acho que sim. Às vezes eu sinto que as pessoas falam muito delas e quase não me perguntam nada, como se eu não tivesse nada a contar. Talvez isso aconteça porque eu dou a impressão de que não quero falar. [Passo 10, cliente engaja-se em mais CRB2]

T: pode ser isso. Eu acho que tem bastante gente lá fora que gostaria de ouvir o que você tem a dizer. Você acha que conseguiria se abrir com alguém, uma amiga, ou seu irmão? Você acha que isso iria melhorar seus relacionamentos lá fora? [Passo 11 terapeuta estabelece paralelo de dentro para fora e solicita lição de casa]

C: eu acredito que iria sim! Essa ideia ainda me assusta, mas eu acho que preciso pagar para ver! [Passo 12: cliente demonstra vontade de tentar novo comportamento]

Alternativas de bloqueio de fuga/esquiva

Nessa etapa, são apresentadas as quatro alternativas propostas de bloqueio de fuga/esquiva e orientações para a simulação de interações terapeuta/cliente. A duração dessa etapa é de 10 horas.

As quatro alternativas de bloqueio de fuga/esquiva propostas foram desenvolvidas como parte da pesquisa de Popovitz (2013) e são: a) reapresentar a pergunta/afirmação, na pausa do cliente; b) reapresentar a pergunta/afirmação interrompendo o cliente; c)

oferecer descrição do efeito da resposta do cliente no terapeuta; d) pedir que o cliente descreva seu próprio comportamento. A seguir, são apresentados exemplos de interações nas quais essas alternativas foram empregadas⁴.

Reapresentar a pergunta/afirmação, na pausa do cliente

[Cliente Alice relata conversa com uma colega, sobre estar perto de terminar a faculdade e não se sentir segura para atuar na área. Na conceituação de caso, levantou-se que a cliente tem dificuldade em expressar sentimentos “ruins” e tende a amenizar situações de conflito. Nesse caso, nomear um sentimento é considerado o CRB2. O objetivo do terapeuta, nesse fragmento, portanto, foi manter o foco na descrição do sentimento, apesar da evitação da cliente em entrar em contato com isso]

T: E como você se sente com relação a isso, de ter que fazer um trabalho e receber por ele? [Terapeuta apresenta uma situação potencialmente aversiva – ECRB1]

C: Meu plano é fazer um curso de especialização e um estágio, eu acho que isso vai me ajudar a sentir mais preparada para trabalhar na área. [Cliente engaja-se em CRB1]

T: Mas, qual é o sentimento que vem quando você pensa em terminar a faculdade e ter que começar a trabalhar? [Terapeuta reapresenta a pergunta]

C: Não sei dizer. [Cliente engaja-se em mais CRB1]

T: Você consegue me dar uma palavra que resume isso? [Terapeuta reapresenta a pergunta]

⁴ Os casos relatados fazem parte da pesquisa de Popovitz (2013)

C: Eu não sei qual o sentimento... [Cliente continua emitindo CRB1]

T: Você sente alguma coisa agora? [Terapeuta reapresenta a pergunta]

C: Eu tenho medo, de me frustrar, de decepcionar as pessoas. [Cliente responde com CRB2, nomeia o sentimento]

Reapresentar a pergunta/afirmação, interrompendo o cliente

[Durante toda a sessão, a terapeuta tenta mudar o foco para as metas terapêuticas, porém a cliente mantém-se em relatos tangenciais. Na conceituação de caso da cliente Margarete, levantou-se como CRB1 falar sobre assuntos secundários ao processo terapêutico e ignorar as falas da terapeuta.]

C: deixa eu te contar, aprendi uma receita de panquecas nova, uma delícia e super saudável! [cliente passa a contar sobre a receita. Essa resposta pode ser considerada um CRB1, à medida que mantém o foco da sessão em temas secundários]

T: [interrompe a cliente, falando junto desta] Margarete, eu sei que você está bem preocupada com a sua saúde e que essa receita vai te ajudar a manter uma dieta gostosa e saudável, mas eu acho que estamos fugindo um pouco do nosso foco. Lembra o que conversamos semana passada, sobre como é importante para você conseguir organizar sua rotina, conversar com a sua mãe, conseguir uma promoção no seu trabalho?

C: Sim você tem razão. Tem um monte de coisas acontecendo na minha vida e eu fico fugindo delas, tentando ser agradável para todo mundo. Eu fico me enganando...

[Cliente engaja-se em CRB2]

Oferecer descrição do efeito da resposta do cliente no terapeuta

[Cliente Margarete relata discussão no trabalho. Na conceituação de caso, hipotetizou-se que um OI da cliente seria apresentar soluções para conflitos no trabalho ou em casa, porém, deixar de cumprir o combinado. Como CRB1, levantou-se a resposta da cliente de apresentar fala prolixa e desconexa, deixando de responder as perguntas da terapeuta e tornando a interação superficial. Nesse fragmento, o foco da terapeuta foi oferecer uma descrição do efeito daquela resposta].

T: E você acha que conseguiu ser mais clara com as pessoas no seu trabalho?

[Terapeuta responde a relato da cliente sobre eventos externos]

C: Não sei. No outro dia, meu chefe me chamou para ver o novo projeto, que vai ser implantado no final do mês. Ele quer que eu faça parte da equipe de implantação, mas eu não sei, não gosto da coordenadora, nossos santos não cruzaram...E, no dia do meu aniversário, minha mãe fez um show na frente dos meus amigos, ela começou a gritar comigo e eu nem sei porquê! [Cliente engaja-se em CRB1]

T: Eu queria que você prestasse atenção em uma coisa que está acontecendo agora. Eu te perguntei se você percebia alguma mudança lá fora, você passou a me relatar uma série de coisas sem referência com a minha pergunta, e eu fiquei pensando “por que a Margarete está me contando essas coisas?”. Quando você faz isso, eu sinto certa

distância de você e uma impotência em te ajudar a resolver seus problemas Você concorda que está fazendo isso? [Terapeuta descreve o comportamento da cliente]

C: Uhum... É como se eu ficasse andando em círculo no mesmo assunto, mas sem chegar onde realmente importa. Eu acho que faço isso com os outros também, por isso ninguém me escuta, as pessoas não entendem onde eu quero chegar... [Cliente confirma descrição da terapeuta, nesse caso, essa resposta pode ser considerada um CRB2]

Pedir para que o cliente descreva seu próprio comportamento

[Na conceituação de caso da cliente Alice, estabeleceu-se como instância de CRB1 fazer relatos superficiais sobre situações aversivas e sentimentos. O foco desse trecho foi a cliente descrever seu sentimento, ao relatar uma briga com a mãe]

T: Eu estou sentindo você um pouco ausente na nossa sessão hoje [Terapeuta evoca CRB1]

C: eu estou mais quieta só [Cliente engaja-se em CRB1]

T: Você consegue me descrever o que está acontecendo dentro de você agora? [Terapeuta responde ao CRB1, pedindo para a cliente descrever o comportamento em curso]

C: É uma pressão muito grande, que me dá até dor no corpo. Eu não sei de onde vem, mas eu queria poder controlar isso (pausa). Os meus pensamentos começam a ficar embaralhados, é uma confusão muito grande dentro da minha cabeça, eu começo a ter ideias, pensamentos, a analisar as coisas e aquilo que precisa ser mudado. De repente,

eu só consigo pensar no que tá ruim e errado, é difícil perceber o que está bom. E aí, eu me fecho. [Cliente descreve o comportamento em curso. Nesse caso, a descrição pode ser considerada CRB2]

Referências

- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (Eds.) (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991) *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Popovitz, J. M. B (2013). O responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: especificação e avaliação. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, s. J., & Busch, A. M. (2011) *Translating the Theoretical Into Practical. A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. Behavior Modification XX(X) 1– 33.*

ANEXO 5 – TABELAS COMPLEMENTARES DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Número de ocorrência de cada fala de acordo com a condição para Díade 1 e 2

| Condição | | CPR | CRB1 | CRB2 | ECRB | M | O | RO | TCRB1 | TCRB2 | TPR |
|----------|---|-----|------|------|------|----|----|----|-------|-------|-----|
| Díade I | A | 7 | 46 | 16 | 17 | 12 | 14 | 5 | 4 | 2 | 41 |
| | B | 4 | 60 | 24 | 14 | 21 | 14 | 7 | 29 | 16 | 17 |
| Total | | 11 | 106 | 40 | 31 | 33 | 28 | 12 | 33 | 18 | 58 |
| Díade II | A | 31 | 77 | 29 | 52 | 16 | 14 | 4 | 19 | 9 | 49 |
| | B | 23 | 97 | 22 | 41 | 15 | 29 | 7 | 44 | 14 | 47 |
| Total | | 54 | 174 | 51 | 93 | 31 | 43 | 11 | 63 | 23 | 96 |

Transições observadas de acordo com a condição para Díade 1

| Díade I | | Para | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|-------|------|-------|----|---|----|
| Condição A | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | 0 | 0 | 18 | 0 | 10 | 0 | 0 | 9 | 0 |
| | ECRB | 0 | 0 | 14 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | CRB1 | 22 | 9 | 0 | 4 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| | TCRB1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CRB2 | 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| | TCRB2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | M | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | O | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | RO | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Díade I | | Para | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|-------|------|-------|----|---|----|
| Condição B | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | 0 | 0 | 13 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | ECRB | 0 | 0 | 9 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CRB1 | 11 | 6 | 1 | 28 | 0 | 0 | 13 | 0 | 1 |
| | TCRB1 | 1 | 0 | 17 | 0 | 7 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| | CRB2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 6 | 0 | 0 |
| | TCRB2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | M | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| | O | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| | RO | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |

Transições observadas de acordo com a condição para Díade 2

| Díade II | | Para | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|-------|------|-------|----|---|----|
| Condição A | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | 0 | 0 | 15 | 0 | 7 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| | ECRB | 0 | 0 | 31 | 0 | 15 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | CRB1 | 23 | 21 | 0 | 19 | 0 | 0 | 13 | 1 | 0 |
| | TCRB1 | 0 | 0 | 16 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | CRB2 | 12 | 5 | 0 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 0 |
| | TCRB2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | M | 0 | 0 | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | O | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | RO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |

| Díade II | | Para | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|-------|------|-------|----|----|----|
| Condição B | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 |
| | ECRB | 0 | 0 | 25 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 | 0 |
| | CRB1 | 24 | 19 | 0 | 42 | 0 | 0 | 10 | 1 | 0 |
| | TCRB1 | 0 | 0 | 32 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CRB2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 12 | 4 | 0 | 0 |
| | TCRB2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | M | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | O | 12 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | RO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |

Análise de probabilidade de transição para a Díade 1

| Díade I | | Para | | | | | | | | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| Condição A | | TPR | CRB | TCRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | - | - | 22,8% | - | 9% | - | - | 9% | - |
| | ECRB | - | - | 28,6% | - | 10,2% | - | - | 2,5% | - |
| | CRB1 | 24,4% | 7,03% | - | 11,1% | - | 0,7% | 8,5% | - | 0,8% |
| | TCRB1 | - | - | 24,8% | - | 7,7% | - | - | 3,7% | - |
| | CRB2 | 16,8% | 2,7% | - | 0,9% | - | 18,1% | 7,9% | - | 0,3% |
| | TCRB2 | - | - | 8,6% | - | 27% | - | - | 1,5% | - |
| | M | - | - | 29,3% | - | 1,5% | - | - | 11% | - |
| | O | 8,2% | 13,6% | - | 1,1% | - | 0,5% | 2,7% | - | 16,5% |
| | RO | - | - | 17,5% | - | 7,2% | - | - | 13,8% | - |

| Díade I Condição B | | Para | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | - | - | 27,7% | - | 8,2% | - | - | 7% | - |
| | ECRB | - | - | 30,9% | - | 8,4% | - | - | 1,7% | - |
| | CRB1 | 11,6% | 6,6% | - | 17,3% | - | 0,6% | 9,7% | - | 0,6% |
| | TCRB1 | - | - | 27,5% | - | 10% | - | - | 2,8% | - |
| | CRB2 | 12,3% | 2,4% | - | 1,3% | - | 21,7% | 8,4% | - | 0,3% |
| | TCRB2 | - | - | 8,8% | - | 28,5% | - | - | 1% | - |
| | M | - | - | 31,7% | - | 1,2% | - | - | 9,3% | - |
| | O | 11% | 13,9% | - | 1,8% | - | 0,6% | 2,8% | - | 16,1% |
| RO | - | - | 18% | - | 6,4% | - | - | 13,6% | - | |

Análise de probabilidade de transição para a Díade 2

| Díade II Condição A | | Para | | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | - | - | 19,2% | - | 2,4% | - | - | 8,5% | - |
| | ECRB | - | - | 27,3% | - | 10,8% | - | - | 4% | - |
| | CRB1 | 17,7% | 12,3% | - | 14% | - | 0,4% | 5,8% | - | 0,3% |
| | TCRB1 | - | - | 34,8% | - | 6,5% | - | - | 3,1% | - |
| | CRB2 | 16,5% | 8,3% | - | 1,3% | - | 17,2% | 4,6% | - | 0,2% |
| | TCRB2 | - | - | 14% | - | 18,3% | - | - | 3,9% | - |
| | M | - | - | 35% | - | 1,9% | - | - | 2% | - |
| | O | 14,7% | 21,2% | - | 1,4% | - | 0,4% | 0,6% | - | 10,6% |
| RO | - | - | 8,7% | - | 0,7% | - | - | 21,6% | - | |

| Díade II Condição B | | Para | | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | | TPR | ECRB | CRB1 | TCRB1 | CRB2 | TCRB2 | M | O | RO |
| De | TPR | - | - | 18% | - | 2,1% | - | - | 9% | - |
| | ECRB | - | - | 27,7% | - | 8% | - | - | 4,4% | - |
| | CRB1 | 15,5% | 10,8% | - | 17,6% | - | 0,4% | 5,5% | - | 0,2% |
| | TCRB1 | - | - | 33,7% | - | 6,6% | - | - | 3% | - |
| | CRB2 | 14,3% | 8,% | - | 1,4% | - | 19,6% | 4,7% | - | 0,1% |
| | TCRB2 | - | - | 12,1% | - | 17,8% | - | - | 3,5% | - |
| | M | - | - | 34,9% | - | 1,76% | - | - | 1,9% | - |
| | O | 15,8% | 19,9% | - | 1,5% | - | 0,3% | 0,5% | - | 9,7% |
| RO | - | - | 8,2% | - | 0,6% | - | - | 27,9% | - | |