

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR CIÊNCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ANTONIELA YARA MARQUES DA SILVA DIAS

**EFEITOS DA MODELAGEM E DA MODELAÇÃO DO
COMPORTAMENTO VULNERÁVEL À PUNIÇÃO COM UM CASAL EM
TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Curitiba

2015

ANTONIELA YARA MARQUES DA SILVA DIAS

**EFEITOS DA MODELAGEM E DA MODELAÇÃO DO
COMPORTAMENTO VULNERÁVEL À PUNIÇÃO COM UM CASAL EM
TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dra Jocelaine Martins da Silveira

Linha de Pesquisa: Psicologia Clínica

O estudo contou com o apoio financeiro da CAPES na modalidade de bolsa

Curitiba

2015

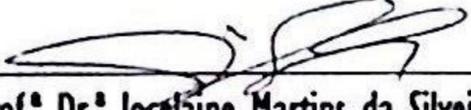


ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

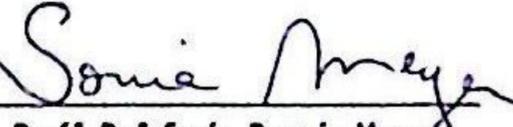
Às 14 horas do dia 12 do mês de maio de dois mil e quinze, na sala 208 do prédio Histórico desta Universidade, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA, a mestranda ANTONIELA YARA MARQUES DA SILVA DIAS, tendo como título da Dissertação "EFEITOS DA MODELAGEM E DA MODELAÇÃO DO COMPORTAMENTO VULNERÁVEL À PUNIÇÃO COM UM CASAL EM TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL". Constituíram a Banca Examinadora a Professora Doutora Jocelaine Martins da Silveira, orientadora, a Professora Doutora Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo USP, e a Professora Doutora Yara Kuperstein Ingberman, da Faculdade Evangélica do Paraná, 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.



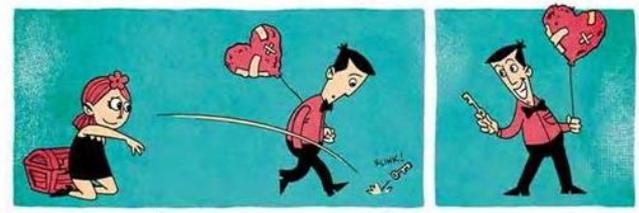
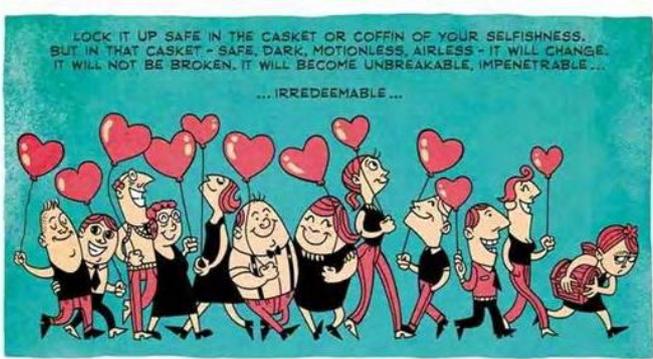
Prof.ª Dr.ª Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná
Professora orientadora



Prof.ª Dr.ª Sonia Beatriz Meyer
Universidade de São Paulo
Professora titular



Prof.ª Dr.ª Yara Kuperstein Ingberman
Faculdade Evangélica do Paraná
Professora titular



zenpencils.com

Extraído do site: <http://www.quickmeme.com/p/3votsd>

Agradecimentos

*Não poderia deixar de agradecer primeiramente Àquele que me concedeu a oportunidade de estar aqui: ao meu **DEUS**, a quem devo toda honra e glória e a quem dedico este trabalho.*

*Ao meu marido **Leandro** que, com tanta paciência agüentou minhas lamentações e participou das inúmeras discussões a respeito do tema.*

*À minha família, especialmente aos meus pais **Cícero e Cida** e meu irmão **Cauê** que sempre me apoiaram, me ajudaram e me incentivaram nessa caminhada.*

*À minha orientadora **Jocelaine Martins da Silveira**, a pessoa mais FAP que eu já conheci na vida, quem me ensinou que ser íntimo vale a pena e quem com todo amor e carinho participou desse momento de uma forma única. As palavras aqui não vão conseguir expressar toda minha gratidão. Muito obrigada de coração!*

*À banca professoras doutoras **Sônia Beatriz Meyer e Yara Kuperstein Ingberman** que colaboraram com conhecimento e questionamentos que muito contribuíram para o avanço deste trabalho e para minha formação acadêmica.*

*Ao sr. **James William Orr** e à sra. **Carmen Guedes Orr** que me auxiliaram na tradução do resumo, apesar de não estarem diretamente envolvidos na área. Muito obrigada mesmo!*

*À minha colega **Juliana Popovitz** que me auxiliou, mesmo que à distância, com diversas questões nesse trabalho.*

*Ao meu professor **Gabriel Gomes de Luca** que com sua enorme organização me ajudou nas etapas iniciais deste estudo.*

*Às minhas lindas colaboradoras **Larissa, Luiza e Naiade** que fizeram um trabalho árduo (eu sei que foi!) e que sem elas esse trabalho teria sido bem difícil.*

*Aos meus colegas de mestrado **Alisson, Ana Paula, Gabriela e João** que sofreram e sorriram junto comigo!*

*Aos **participantes** desse estudo que se arriscaram quando concordaram com essa pesquisa e que permitiram que esse trabalho se desenvolvesse.*

À secretária do mestrado **Mariângela** e à bolsista sênior **Dona Conceição** que sempre com muita prontidão, respeito e calma responderam aos meus questionamentos.

Ao **LEA** (laboratório de estatística aplicada) da UFPR, mais especificamente ao professor Cesar e seus alunos Bruno e Guilherme, que auxiliaram no tratamento dos dados.

À **CAPES** pelo apoio financeiro.

Aos meus **amigos** e **colegas** que tornaram esse caminhada mais leve com os vários momentos de descontração!

Enfim, a todas as pessoas que serviram de modelo e modelaram em mim o que eu sou hoje e que por isso me ensinaram que tornar-se vulnerável pode ser muito bom!

SILVA-DIAS, A. Y. M. (2015). Efeitos da modelagem e da modelação do comportamento vulnerável à punição com um casal em terapia analítico-comportamental. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Resumo

A clínica analítico-comportamental costuma adotar tratamentos de casais frequentemente baseados em protocolos com ênfase no treino de comunicação, no aumento de trocas positivas e mais recentemente, em técnicas de aceitação. Entretanto, não há estudos que relatem o fornecimento de modelos por parte do terapeuta sobre intimidade/autorrevelação, aspecto frequentemente comprometido na crise de casais. O presente estudo se propôs a investigar o efeito da modelação e modelagem na melhora clínica de casais em tratamento. Mais especificamente, o estudo verificou o efeito da modelagem e da modelação sobre atos de eventos privados ou outros que fossem tipicamente vulneráveis à punição em um processo de terapia analítico-comportamental de casal. Fizeram parte do presente estudo um casal sem histórico de violência como queixa (critério de exclusão); uma terapeuta com formação analítico-comportamental e conhecimento da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP); uma categorizadora e duas transdutoras, todas com orientação analítico comportamental. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido por meio do qual autorizaram a coleta de dados. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: para a conceituação do caso, foi utilizado o roteiro para conceituação de caso da FAP; o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) foi aplicado aos clientes no início e ao final da pesquisa e para a categorização das sessões, a categorizadora utilizou a Escala de categorização da FAP (FAPRS). O desenho do estudo consistiu em um delineamento de sujeito único ABAB. Na condição A, não houve a manipulação das variáveis para o estudo, porém, o tratamento continuou ocorrendo com outros procedimentos terapêuticos, sem acarretar prejuízos para os participantes. Na condição B, houve a manipulação das variáveis modelagem e modelação de comportamentos de intimidade. Os dados coletados foram organizados por condição em suas diferentes categorias, as quais passaram por análises de frequência. Os resultados do IHSC mostram um padrão diferente para ambos os parceiros. Com relação às condições A/B, os resultados mostram um aumento de CRB2 de ambos os parceiros na condição B, apesar de bastante freqüente também na condição A, o que indica que os procedimentos-padrão foram evocativos para os comportamentos de melhora, porém sua freqüência foi maior na condição B, na qual foram utilizados os procedimentos de modelagem e modelação de comportamentos íntimos. Discute-se que o uso da modelagem e da modelação de comportamentos íntimos pareceu relacionar-se com uma freqüência maior de comportamentos de melhora dos parceiros.

Palavras-chave: terapia de casais, intimidade, Psicoterapia Analítica Funcional.

SILVA-DIAS, A. Y. M. (2015). The effects of modeling and shaping of vulnerable to punishment behavior with a couple in behavioral analysis therapy. Masters theses. Federal University of Paraná.

Abstract

Clinical behavior analysis frequently tend to adopt couples treatment based on protocols emphasizing communication skills, increased positive exchange, and more recently on acceptance and commitment techniques. However there are no studies presenting models by therapists dealing with intimacy/self-disclosure, which is often overlooked in couples distressed. This study seeks to research results of modeling and shaping in more effective clinical treatment of couples. More specifically, this study verified the effects of shaping and modeling regarding sensibility and tact in private cases subject to punishment or other issues in couple therapy. This study includes a couple with no history of violence (condition for exclusion); a therapist training in behavioral analysis and knowledge of functional analytical psychotherapy (FAP); a data organizer, and two coders, all of them were skilled in behavioral analysis. The participants freely signed explained terms of agreement by which they authorized collection of data. The following tools were used: the FAP case conceptualization; the marital social skills inventory (IHSC) was applied to the clients at the beginning and at the end of the research desing and the Functional Analytic Rating Scale (FAPRS). The study used a single case design – ABAB. In situation A, the treatment proceeded with traditional couple therapy interventions. In situation B, shaping and modeling interventions in intimate behaviors were introduced. The data was organized according to condition in different codes. The results of the IHSC showed a different response for each partner. In regard to situation A/B the results showed an increase in CRB2 of both partners in the B condition, despite of an increase in CRBs2 during the condition A as well, which indicates that the traditional couple therapy procedures also contributed to improvement for the couple/participant, however, the frequency was greater in situation B in which the shaping/modeling procedure was applied in intimate behavior. Discussion is presented concerning the use of shaping and the modeling of intimate behavior that seemed to increase clinical relevant behaviors related to the clinical improvement.

Key-words: couple therapy, intimacy, Functional Analytic Psychotherapy.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Anexo B – Roteiro para conceituação de caso Tsai *et al.* (2009) – Adaptado (Formulação de caso do casal)

Anexo C – Escala de Categorização da FAPRS (*Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale*) (Callaghan & Follette, 2008)

Anexo D – Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) (Villa & Del Prette, 2012)

Anexo E – Descrição detalhada dos procedimentos da terapeuta nas condições A e B

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama da sala de atendimento	51
Figura 2. Delineamento da pesquisa	55
Figura 3. Resultados pré e pós teste de cada parceiro em cada habilidade do IHSC. 68	
Figura 4. Diferenças entre as categorias analisadas para cada parceiro nas condições A e B.	70
Figura 5. Frequência de CRB1 de cada parceiro nas condições A e B.....	70
Figura 6. Frequência de CRB2 de cada parceiro nas condições A e B.....	74
Figura 7. Frequência de CRB2I de cada parceiro nas condições A e B.	76
Figura 8. Frequência da sequência ECRB-CRB2 de cada parceiro nas condições A e B.	78
Figura 9. Frequência da sequência ECRB-CRB2I para cada parceiro nas condições A e B.	81
Figura 10. Sequência das categorias por sessão.....	89

SUMÁRIO

Discussões e questionamentos atuais na literatura de terapia de casais	2
Procedimentos enfatizados na evolução histórica da terapia comportamental de casais: uma retrospectiva	6
Terapia comportamental de famílias e terapia comportamental para casais	7
<i>A origem da terapia comportamental de famílias.....</i>	<i>7</i>
<i>Déficits em habilidades como o foco do problema dos casais.....</i>	<i>9</i>
<i>O foco na reatividade e nas interpretações dos parceiros</i>	<i>11</i>
<i>A promoção de aceitação e as respostas dos parceiros às suas incompatibilidades</i>	<i>12</i>
A FAP no tratamento de casais.....	18
<i>A FAP e o reforçamento natural no tratamento de casais.....</i>	<i>24</i>
Intimidade e Análise do Comportamento	28
Tratamentos comportamentais para casais.....	34
<i>Tratamento 1: Tratamento cognitivo-comportamental para casais (Arias & House, 2007; Bonet & Castilla, 2007).</i>	<i>35</i>
<i>Tratamento 2: Integrative Behavioral Couple Therapy – IBCT (Jacobson & Christensen, 1996; Cordova & Jacobson,1999; Christensen, Wheeler & Jacobson, 2009; Dimidjian, Martell & Christensen, 2008).</i>	<i>37</i>
<i>Tratamento 3: Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)</i>	<i>40</i>
MÉTODO	48
Participantes.....	48
<i>Terapeuta</i>	<i>48</i>
<i>Clientes</i>	<i>48</i>
Colaboradoras.....	49
Aspectos éticos.....	49
Instrumentos.....	50
Materiais.....	50
Local.....	51

Procedimentos	52
<i>Treino de categorizadores</i>	52
<i>Supervisões</i>	53
<i>Categorização</i>	54
<i>Coleta de dados</i>	54
Delineamento da pesquisa	55
<i>Condição A</i>	55
<i>Condição B</i>	57
<i>Análise dos dados</i>	60
RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
Resultados do IHSC	64
<i>Expressividade/Empatia</i>	65
<i>Autoafirmação assertiva</i>	65
<i>Autocontrole reativo</i>	66
<i>Autocontrole proativo</i>	66
<i>Conversação assertiva</i>	67
<i>Escore total</i>	67
Resultados das condições A e B	69
Pode-se observar que as sessões da condição A (1,2,5,6) apresentaram menos variações se comparadas às sessões da condição B (3,4,7,8), sugerindo que nesta última condição, as categorias esperadas com a manipulação de variáveis foram mais frequentes. Ou seja, as sessões com foco na relação terapeuta/cliente e no aqui/agora apresentaram mais ECRBs, CRBs2I, TCRB1 e TCRB2 sugerindo que a intervenção com modelação e modelagem de comportamentos de intimidade em casais ocorreu e esteve relacionada com as melhoras clínicas.	89
Instrumento FAPRS	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	101
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
Anexo B: Roteiro para conceituação de caso Tsai <i>et al.</i> (2009) – Adaptado (formulação de caso do casal)	105
Anexo C: Escala de categorização da FAPRS (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale) (Callaghan & Follette, 2008)	112
Anexo D: Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) (Villa & Del Prette, 2012)	114

Anexo E: Descrição detalhada dos procedimentos da terapeuta nas condições A e B	
.....	115
<i>Procedimentos possíveis na condição A</i>	115
<i>Procedimentos possíveis na condição B</i>	121

(...) Quando ambos os participantes são vulneráveis e vão além das suas zonas de conforto, eles crescerão individualmente, enquanto se sentirão próximos um do outro dentro dos limites da relação terapêutica. Este tipo de proximidade envolve honestidade, transparência, confiança e tende a generalizar para os relacionamentos da vida diária do cliente (Tsai, Plummer, Kanter, Newring & Kohlenberg, 2010, p. 4, tradução livre)

Queixas relacionadas à proximidade/intimidade são comuns na terapia de casais. Na análise do comportamento, o estudo de métodos que auxiliam os casais em crise a voltarem a ter interações saudáveis cresceu consideravelmente nos últimos anos, bem como o estudo de procedimentos e técnicas que aprimoram a eficácia do tratamento a essa população. Da mesma forma, o estudo da interação terapeuta/cliente e de relações de proximidade/intimidade tem sido alvo de muitas investigações na modalidade de terapia individual, recentemente.

Na clínica analítico-comportamental, o tratamento de casais frequentemente baseia-se em protocolos com ênfase no treino de comunicação, aumento de trocas positivas e mais recentemente, técnicas de aceitação. Bradbury e Lavner (2012) declaram que tem havido grande desenvolvimento científico no tratamento de casais em crise, embora apontem também a estagnação da área, alegando que o conhecimento conquistado até o momento indica que a compreensão de como os relacionamentos mudam não é satisfatória e que a habilidade de ensinar casais em como preservar e proteger seus relacionamentos de intimidade não é suficiente.

Um dos procedimentos para promover a melhora aos casais em crise pode ser o treino de intimidade e este treino inicia-se no modelo fornecido pelo terapeuta. Ou seja, o terapeuta pode, por meio da sua relação com cada parceiro, prover oportunidades para que comportamentos íntimos ocorram em sessão, modelados na interação terapeuta/cliente, mantidos por reforço natural e generalizados para ambientes extraconsultório.

Entretanto, esse tipo de discussão acerca da intimidade entre terapeuta/casal ainda é embrionária e como afirmam Hawkins, Stanley, Blanchard, e Albright (2012), poucos são os tratamentos que discutem a relação de intimidade entre o terapeuta/instrutor e o cliente. Isso pode levar a pensar que, à medida que os terapeutas subutilizam o relacionamento com seus clientes, técnicas diversas podem ser admitidas como o mecanismo da mudança clínica (Follette, Naugle & Callaghan, 1996), como poderá ser constatado no decorrer deste estudo.

O cenário dos estudos sobre terapia de casais caracteriza-se, portanto, por um descompasso entre o refinamento constante de técnicas e procedimentos e a pouca atenção para a interação entre o terapeuta e seus clientes/casais. De um lado técnicas e procedimentos bastante elaborados e precisos para intervenções com casais, de outro a utilização precária do relacionamento entre o terapeuta e o casal, o que indica certo desequilíbrio na atenção dada pelos estudos. Conforme o panorama apresentado, pode-se dizer que são bem-vindos estudos que avaliam o efeito relativo de variáveis da interação terapeuta/casal.

Discussões e questionamentos atuais na literatura de terapia de casais

Uma edição especial da revista *Behavior Therapy* do ano de 2012 foi dedicada a estudos relacionados à população de casais, evidenciando, assim, a relevância e atualidade do tema. A seguir, algumas das idéias presentes nas publicações desta edição são discutidas.

Bradbury e Lavner (2012) afirmam que tem havido um grande progresso científico no tratamento de casais em crise, embora indiquem também a estagnação em que se encontra este campo de intervenção, uma vez que o conhecimento

conquistado até o momento sugere que a compreensão de como os relacionamentos mudam é incompleta, a habilidade de ensinar casais em como preservar e proteger seus relacionamentos de intimidade não é totalmente satisfatória e a capacidade dos clínicos em ensinar os casais a preservar seus laços não é adequada. Essa forma de ver o desenvolvimento do conhecimento no campo da terapia de casais faz ainda mais sentido quando se pensa na prática clínica. Sher (2012) afirma que a rigidez e a dificuldade de aplicação prática fazem com que muitas pesquisas não sejam utilizadas por profissionais. A partir disso, pode-se pressupor que parte do conhecimento produzido até o momento não se aplica completamente ao contexto vivenciado pelo terapeuta e seu cliente (o casal).

Parte da estagnação pode ser observada por meio da homogeneidade dos programas de educação para casais, nos quais os objetivos do programa são alcançados sempre pelos mesmos métodos, com predomínio do treino das mesmas habilidades (frequentemente as habilidades de comunicação), nos mesmos ambientes e com as mesmas medidas de resultados (comunicação e satisfação no relacionamento) (Hawkins *et al.*, 2012). Os autores propõem que aqueles que desenvolvem programas de intervenção, bem como aqueles que os avaliam, deveriam variar mais nesses aspectos.

Diversas tentativas vêm sendo realizadas no intuito de criar novas alternativas para o desenvolvimento de procedimentos na terapia de casais, a fim de que a mudança de paradigma neste modelo de psicoterapia possa se diferenciar do que tem sido proposto até o momento. Apesar disso, percebe-se ainda certo rigor, chegando a apresentar rigidez nos programas para casais, como aqueles citados por Hawkins *et al.* (2012).

De maneira geral, o modelo de intervenção protocolar é amplamente divulgado na literatura da área de casais (psicoterapia ou programas de educação), o qual pode ser bastante útil para orientação geral do clínico, porém, muitos destes protocolos não expressam, pelo seu próprio caráter, variáveis importantes do processo psicoterápico. Retomando Sher (2012), o rigor e os problemas com sua aplicabilidade dificultam a utilização das pesquisas pelos profissionais. Em uma tentativa de fornecer dados menos rígidos aos clínicos, Benson, McGinn e Christensen (2012) citam cinco princípios para a terapia de casais que podem equipar os clínicos com princípios globais para o tratamento. Acrescentam ainda que fazer uso dos princípios requer mais habilidade do que seguir um manual, e que esta abordagem vale mais a pena se for mais responsiva às necessidades particulares dos clínicos, aumentando assim a probabilidade de melhores resultados.

A partir do exposto, pode-se perceber a necessidade pela busca de elementos que permitam uma maior flexibilidade ao terapeuta em sua prática do que simplesmente um protocolo de intervenções específicas. Os pressupostos do presente estudo estão de acordo com a proposta de Sher (2012) e de Benson, McGinn e Christensen (2012), que sugerem a aplicação de princípios básicos para qualquer tipo de terapia de casal, ao invés de manuais específicos para assuntos peculiares.

Vários estudos (Baucom, Porter, Kirby & Hudepohl, 2012; Benson, McGinn & Christensen, 2012; Bodenmann & Randall, 2012; Davis, Lebow & Sprenkle, 2012; Halford *et al.*, 2012; Halford e Snyder, 2012; Sher, 2012; Snyder & Balderrama-Durbin, 2012; Wadsworth, Markman & Denver, 2012) destacam os fatores comuns como componentes importantes a serem considerados no processo de mudança na psicoterapia, além de privilegiarem a interação entre variáveis do terapeuta e do

cliente (como, por exemplo, a aliança terapêutica) em detrimento de modelos exclusivos de tratamento.

Pode-se pressupor que uma mudança de paradigma na terapia de casais – ainda que rudimentar – está sendo discutida. Acredita-se que esses estudos evidenciam certa análise crítica em relação aos modelos protocolares de atendimento, bem como o questionamento de terapeutas de casais acerca de elementos da relação terapêutica implicados nas mudanças dos parceiros. Ademais, o estudo de elementos atrelados à relação terapêutica vem justamente com a proposta de responder a uma necessidade do clínico que encontra uma lacuna na literatura da área.

No ano de 2006 a *American Psychological Association* (APA) endossou uma publicação de estudos baseados em evidências que aproximasse a lacuna entre pesquisadores e práticas clínicas efetivas (Friedlander, Lee, Shaffer, & Cabrera, 2014). Sendo assim, pode-se pressupor o interesse por parte da comunidade acadêmica em tratar de variáveis relacionadas predominantemente à relação terapeuta/cliente, em vez de técnicas ou modelos específicos de tratamento.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2004), a relação terapêutica é o centro da terapia. Sua importância está diretamente ligada à mudança clínica e, por isso, de útil compreensão (Callaghan, Naugle e Follette, 1996; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Follette, Naugle & Callaghan, 1996). Apesar disso, ela ainda é pouco explorada nas terapias comportamentais e, quando mencionada, é tida como menos relevante em relação aos métodos dessas terapias (Kohlenberg & Tsai, 2004).

Procedimentos enfatizados na evolução histórica da terapia comportamental de casais: uma retrospectiva

A seguir um breve histórico é apresentado, assim como descrições da influência que a modalidade de terapia de casais recebeu da terapia familiar para posteriormente expor características dos protocolos mais atuais no tratamento de casais.

Em termos de procedimentos, a terapia comportamental de casais passou por três principais fases. A primeira delas priorizou trocas positivas, a segunda, focou nas cognições e a terceira deu ênfase a procedimentos de aceitação.

Segundo Gurman (2008), a história da terapia comportamental de casal é marcada por quatro fases que tiveram início na década de 30 e foram até a década de 80 – inicialmente com a formação do aconselhamento matrimonial atóxico praticado por ginecologistas, obstetras, educadores e clérigos de forma didática e breve, posteriormente, com a movimentação dos psicanalistas na tentativa de integrar a terapia individual com a terapia de casais, depois com a incorporação da terapia familiar, dando fim ao campo do aconselhamento matrimonial e, em seguida, já na década de 80, a terapia de casal começou a emergir com uma identidade própria, à parte da terapia familiar com o desenvolvimento da teoria, da prática e de avanços em pesquisas clínicas com casais.

Parte das raízes da terapia comportamental para casais que forneceram identidade à modalidade se encontram na teoria da aprendizagem, nas teorias de mudança de comportamento e em resultados de pesquisas nomotéticas que primam pela diferença entre grupos de casais com e sem conflitos (Cordova, 2003), ainda muito presentes na literatura (Hernandez & Oliveira, 2003; Karwowski-Marques,

2008; Machado, 2007; Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004; Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009, Sbicigo & Lisbôa, 2009).

O refinamento dos procedimentos notado nos últimos 20 anos está diretamente relacionado ao crescimento de três tratamentos para casais: terapia para casais comportamental / cognitivo-comportamental, terapia do apego para casais orientada emocionalmente e terapia de casais psicodinâmica. As três teorias citadas derivam, em alguma medida, de longas tradições psicológicas como a teoria da aprendizagem, o humanismo-existencialismo e a psicodinâmica (Gurman, 2008).

Terapia comportamental de famílias e terapia comportamental para casais

A origem da terapia comportamental de famílias

A terapia comportamental de famílias foi desenvolvida a partir da aplicação dos princípios de aprendizagem em diversos contextos e com diferentes grupos (Falloon & Lillie, 1988). Sua base empírica centrou-se nas observações sistemáticas, nas quais os antecedentes e as respostas foram associados ao comportamento-alvo (por exemplo, birras) e posteriormente analisados. Com isso, pôde-se encontrar padrões de comportamento que originavam e/ou mantinham o comportamento indesejado, possibilitando o planejamento das intervenções (Falloon & Lillie, 1988).

Um trabalho pioneiro de Patterson e Hops (1972) teve um papel importante na conclusão de que as trocas coercitivas entre os parceiros tendiam a aumentar a inefetividade da resolução dos problemas (Falloon & Lillie, 1988). Liberman (1970), em seu artigo "*Behavioral Approaches to Family and Couple Therapy*", também apresentou uma contribuição importante ao esboçar a aprendizagem operante para

problemas familiares ao introduzir o uso de conceitos como a aprendizagem por imitação ao fazer uma análise comportamental exaustiva de padrões de comportamento de familiares que poderiam reforçar comportamentos inadequados de outros membros da família, bem como, ao defender o uso da análise comportamental flexivelmente a fim de ajustar o tratamento de acordo com a necessidade do cliente (Baucom, Epstein, Taillade & Kirby, 2008).

A principal diferença entre Patterson e Liberman é que o primeiro utilizou a observação direta, enquanto que Liberman fez a análise comportamental por meio de entrevistas com os familiares, os quais indicavam os comportamentos-problema e os objetivos terapêuticos. Apesar das diferenças nos procedimentos de Patterson e Liberman, ambos convergiam para a importância de trocas recíprocas entre os membros da família (Falloon & Lillie, 1988).

Outra influência para a terapia familiar comportamental foi o trabalho de Richard Stuart (1969), que elaborou o que se tornou conhecido como “contrato de contingência”. O pesquisador primava por focar no ambiente no qual as respostas interpessoais ocorriam e em como mudanças de comportamentos adequados poderiam ser maximizados, focando, não apenas nos atuais problemas, mas na construção de um ambiente no qual a frequência e a intensidade de reforçamento positivo aumentasse, dando destaque para as qualidades de cada familiar ao invés de sua fraqueza.

Até este momento da terapia familiar comportamental, o foco dos métodos estava em ajustes interpessoais e eram bastante dependentes da mediação do terapeuta como promotor de mudança (Falloon & Lillie, 1988).

Déficits em habilidades como o foco do problema dos casais

Em se tratando mais especificamente da terapia comportamental para casais, a *Behavioral Couple Therapy* (BCT) surgiu por volta da década de 60, como um ramo das teorias comportamentais que se baseavam nos princípios de aprendizagem aplicados a diversos problemas clínicos (Falloon & Lillie, 1988) e com forte influência do uso do condicionamento operante na modificação do comportamento (Baucom *et. al.*, 2008).

Um dos pressupostos da BCT é de que os casais em conflito têm déficit em algumas habilidades necessárias para o bem estar do relacionamento, tais como habilidades de solução de conflitos, mudança de comportamento, comunicação, intimidade e suporte mútuo. Assim, a BCT investiu no ensino destas habilidades aos casais (Baucom *et. al.*, 2008).

Já na década de 70, uma ampla variedade de pacotes de intervenção foi desenvolvida, dentre eles, a *Behavioral Marital Therapy* (BMT) para casais em conflito, podendo ter características de prevenção secundária e prevenção primária (aconselhamento pré-nupcial), além de questões relacionadas ao divórcio e terapia sexual.

Um dos objetivos iniciais da terapia de casais era aumentar o nível de trocas positivas, considerando que casais com mais trocas positivas do que negativas seriam mais satisfeitos. Assim, conferiu-se destaque em elevar as trocas positivas, em vez de diminuir comportamentos negativos (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

Outro postulado adotado pela BMT foi o valor de determinadas habilidades para a manutenção da satisfação conjugal, como a habilidade de lidar de forma construtiva com o conflito, de prover suporte e de demonstrar compreensão. Com

isso, a identificação das áreas deficitárias do repertório de comportamentos passou a ser valorizada no intuito de indicarem o que deveria ser tratado ao longo da terapia (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

A chamada erosão do reforço foi uma intervenção bastante presente na terapia de casais em sua fase inicial. Cada parceiro, conforme se presume pela noção de erosão do reforço, deixaria de gratificar um ao outro com o decorrer do tempo. Por isso, enfatizou-se o ensino da identificação da qualidade dos relacionamentos e da dedicação de tempo à manutenção da satisfação do casamento (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

De maneira geral, as intervenções eram orientações diretas oferecidas pelo terapeuta a ser seguidas pelo casal no dia a dia, sendo requeridas na sessão seguinte. O seguimento dos próximos passos dependeria do desempenho do casal na tarefa da semana. O foco das primeiras intervenções era o aumento das trocas positivas. É importante destacar que a BMT também preconizava, além da aquisição das habilidades necessárias para o relacionamento do casal, sua generalização e manutenção (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

Assim, pode-se dizer que uma primeira onda na terapia comportamental de casal pode ser caracterizada pela conquista de habilidades de comunicação de forma objetiva, bem como pela procura por padrões de interação mais hábeis, alcançados por meio da negociação e de acordos (Vandenberghe, 2006).

Uma diferença importante é que antes dos treinamentos de comunicação, todas as expressões de emoções negativas (como por exemplo, “eu fico triste quando, após um longo dia de trabalho, você sai com os seus amigos e me deixa em casa sozinha”) eram deixadas de lado ao passo que após os treinos, a forma como essas emoções eram comunicadas passou a ser valorizada, com a finalidade de resolução

de um determinado conflito. Além da expressão de emoções negativas, emoções positivas (como por exemplo, “quando você diz que gostou da minha comida, eu me sinto valorizada”), comportamento não verbal, habilidades empáticas, aprendizagem por imitação, modelação foram derivadas do treino de assertividade e habilidades sociais conduzido na década de 70 (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

Algumas das técnicas utilizadas na BMT eram: trocas de comportamento, treinamento de comunicação e resolução de problemas, treinamento para pais e técnicas para terapia sexual. O contrato de contingência, porém, manteve-se o alicerce da BMT, ou seja, aumentar a qualidade e a quantidade de elogios mútuos e diminuir a frequência de sequência de comunicação negativa. Estratégias para aumentar a intimidade estavam relacionadas a ensinar os casais habilidades de comunicação mais efetivas (Jacobson & Holtzworth-Monroe, 1986).

O foco na reatividade e nas interpretações dos parceiros

A segunda onda da terapia comportamental para casais se caracterizou pelo surgimento do modelo cognitivo na explicação do funcionamento do homem. No caso dos terapeutas comportamentais, técnicas cognitivas passaram a fazer parte do repertório desses terapeutas, porém, mantendo a concepção a respeito do comportamento humano em termos de aprendizagem e habilidades (Vandenberghe, 2006).

O nascimento da *Cognitive Behavioral Couple Therapy* (CBCT) se dá por volta da década de 80 e ela tem em suas bases três influências: a BCT (citada anteriormente), a terapia cognitiva (*Cognitive Therapy* – CT) e as pesquisas básicas

em processamento de informação no campo da psicologia cognitiva (Baucom et. al., 2008).

A influência da CT está relacionada à forma com que respostas comportamentais e emocionais são influenciadas por interpretações próprias do indivíduo que, por sua vez, podem ser influenciadas por distorções cognitivas. Assim, terapeutas cognitivos começaram a aplicar esses conceitos em sua prática clínica com casais (Baucom *et al.*, 2008).

Com relação às pesquisas em processamento de informação, dois pontos têm de ser considerados. O primeiro se refere às atribuições que os parceiros fazem a respeito dos eventos positivos e negativos do dia a dia. O outro ponto diz respeito aos esquemas que as pessoas desenvolvem com base em relacionamentos passados e que são aplicados aos relacionamentos atuais. A maior premissa da CBCT, portanto, é que padrões disfuncionais são influenciados por erros do processamento de informações (Baucom *et al.*, 2008).

Assim, os parceiros, neste período, passam a ser observados em termos de reatividade e não apenas em termos de déficits de habilidades. Além disso, a noção de que o investimento no relacionamento deve existir independentemente das exigências entre os parceiros é notável (Vandenberghe, 2006).

A promoção de aceitação e as respostas dos parceiros às suas incompatibilidades

Por meio de um estudo publicado por Jacobson e colaboradores em 1984, percebeu-se que a *Traditional Behavioral Couple Therapy* (TBCT) – que mantinha intervenções baseadas em trocas comportamentais, treinamento de habilidades de comunicação e solução de problemas – produzia resultados limitados uma vez que

beneficiava casais que, entre outros fatores, estavam em menor conflito, eram mais jovens, comprometidos com o relacionamento e que não estavam passando por um problema concorrente (depressão, por exemplo), conforme identificaram Jacobson e Addis (1993). A partir deste entrave na TBCT, surge a necessidade de um tratamento que envolvesse casais em crise, não contemplados nesta forma de tratamento. Assim, na década de 90, surge a *Integrative Behavioral Couple Therapy* (IBCT) (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

Uma das novidades da IBCT é evitar o foco exclusivamente em estratégias de mudanças de comportamento, mas, além delas, promover estratégias de aceitação (Jacobson & Christensen, 1996). Por isso a IBCT é nomeada *integrativa* por agregar procedimentos de aceitação aos procedimentos de mudança tradicionais da TBCT, bem como associa-se a diversas intervenções sem relação direta com a abordagem comportamental (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

Alguns pressupostos básicos da IBCT são: 1) alguns problemas não são facilmente resolvidos por estratégias de mudança, 2) promovendo a aceitação, mudanças também são percebidas, e 3) a reação ao comportamento ofensivo pode ser um problema na mesma proporção que o comportamento em si mesmo. Alguns problemas estão relacionados a amarguras e à sensibilidade do momento em que são recebidos, o que faz com que a mudança deva ser balanceada entre aquele que ofendeu e aquele que recebeu a ofensa (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

A IBCT propõe que o conflito não seja causado pelas diferenças, desacordos ou conflitos entre os parceiros, mas sim, por formas destrutivas dos casais responderem a incompatibilidades inevitáveis (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008). Segundo Jacobson e Christensen (1996), os problemas podem ser um meio

para tornar os parceiros mais próximos, isto é, transformá-los em veículos de intimidade para os casais por meio de estratégias de aceitação.

A estratégia de união empática é um meio utilizado pelo terapeuta para a promoção de aceitação. Com ela os casais aprendem as habilidades de comunicação visando a escuta ativa e revelações suaves em primeira pessoa (por exemplo, em vez de relatos de culpabilização do parceiro, revelações de sentimentos gerados pelo conflito). Essa estratégia é amplamente utilizada na literatura da terapia comportamental para casais, porém, ela também pode artificializar um pouco as relações naturalmente estabelecidas entre respostas e conseqüências, além de padronizar estratégias em regras universais sem se atentar para a função do comportamento (Jacobson & Christensen, 1996).

Outra forma de promover aceitação é por meio de algumas mudanças nos relatos feitos pelos parceiros, transformando respostas potencialmente duras, geralmente expressões de raiva e ressentimento, como “eu não deixarei que se aproveite de mim”, “eu vou conseguir o que eu quero” e “eu não vou ser controlado” (p. 105) em respostas suaves que envolvem comumente revelações de sentimentos de dor, medo, incerteza, como “eu não tenho certeza se ela se importa comigo”, “eu pensei que ela iria ficar chateada”, “eu queria agradá-la” (p. 106). Um dos perigos dessa estratégia é produzir uma escalada de aversividade (Jacobson & Christensen, 1996), uma vez que um parceiro pode querer responder ao relato do outro continuamente, retomando interações aversivas.

Além das estratégias acima, o terapeuta também pode usar suas próprias formulações para produzir aceitação, isto é, o terapeuta pode realizar análises acerca dos padrões de interação do casal, as quais terão alta probabilidade de serem aceitas

caso os parceiros tenham histórico de reforçamento por confiarem em pessoas de autoridade (Jacobson & Christensen, 1996).

Por fim, pode-se dizer que a terceira onda da terapia comportamental para casais foi amplamente influenciada pelo contextualismo e marcada pela forte influência de estratégias de aceitação. Além disso, aspectos positivos e negativos passam a ser concebidos como aspectos constituintes de um relacionamento (Vandenberghe, 2006).

A *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) também é conhecida como terapia da terceira onda. A FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001) e a Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Hayes, Strossahl & Wilson, 1999) são psicoterapias caracterizadas pela ênfase dada ao comportamento verbal que ocorre durante as sessões. Essas psicoterapias foram propostas para clientes que passaram por psicoterapias com validação empírica, mas que não obtiveram resultados de melhora alcançados (Vandenberghe & Pereira, 2005).

Muitos pesquisadores têm percebido a mudança clínica relacionada a aspectos da relação terapêutica, sendo, portanto, de útil compreensão (Callaghan, Naugle & Follette, 1996; Follette, Naugle & Callaghan, 1996). Gurman e Jacobson (1986) já deram ênfase no relacionamento entre terapeuta e cliente (casal ou não) como um componente para as mudanças necessárias. Apesar de sua ampla utilidade, a relação terapeuta/cliente e sua influência na mudança clínica ainda têm sido pouco exploradas na literatura da terapia comportamental de casais.

O mecanismo de mudança da FAP trata justamente de interações entre terapeuta e cliente no aqui/agora da sessão, isto é, da resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes (CRBs). Assim, o reforçamento contingente de comportamentos alternativos é o processo que torna

possível a mudança do cliente (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Esse comportamento apresentado pelo terapeuta diz respeito à sua resposta natural ao impacto que o comportamento do cliente teve sobre o terapeuta (Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks & Berli, 2009; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, Baruch & Holman, 2006).

A demonstração dos efeitos do mecanismo de mudança proposto pela FAP é feito pelo processo de modelagem do comportamento do cliente em sessão (Busch *et al.*, 2009), uma vez que o terapeuta tem acesso direto somente ao comportamento que ocorre no aqui/agora (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Um dos benefícios de consequenciar as interações na sessão, em vez de focar em elementos específicos – descontextualizando a interação – é a maior probabilidade de generalização (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

“A relação terapêutica é uma determinação recíproca” (p. 310) e pode ter as seguintes funções no contexto da psicoterapia: facilitar a intervenção, como contexto para o surgimento de vivência de reações emocionais intensas na díade terapeuta/cliente; estratégia de intervenção propriamente dita, uma vez que a relação terapêutica, sendo verdadeira e forte, possibilita a compreensão do cliente acerca do impacto de seu comportamento no terapeuta e, por fim, a relação terapêutica é uma via de mão dupla, pois em alguns momentos o próprio terapeuta terá de entrar em contato com eventos aversivos e deixar-se tocar pelo cliente a serviço de benefícios para o cliente e para a relação terapêutica (Vandenberghe & Braga, 2006).

A relação terapêutica exerce um impacto tanto no terapeuta, quanto no cliente, desempenhando uma influência sobre a visão dos clientes a respeito da terapia e a forma como os clientes respondem ao terapeuta. Assim, o ambiente da

terapia se mantém profissional, a despeito de conter forte proximidade interpessoal (Callaghan, Naugle & Follette, 1996).

Por vezes, a relação terapêutica é caracterizada como unilateral, porém, a psicoterapia é um processo de impacto recíproco, isto é, o terapeuta impacta o comportamento do cliente e vice-versa (Follette, Naugle & Callaghan, 1996). Muitos pesquisadores acreditam que a relação terapêutica seja um componente central na compreensão da mudança clínica, ou seja, que a relação terapêutica seja parte integrante da mudança comportamental do cliente (Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008). Corroborando a afirmação, várias pesquisas (Freitas, 2011; Meurer, 2011; Oshiro, 2011; Popovitz, 2013) têm sugerido o impacto do responder contingente do terapeuta na mudança de comportamento do cliente.

Uma das formas de responder contingentemente ao comportamento do cliente é expressando o impacto que seu comportamento tem sobre o terapeuta. Isso deve ser feito da forma mais próxima ao que ocorreria no ambiente natural do cliente e de maneira a produzir benefícios para ele (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Quando, porém, o foco do terapeuta não está no momento presente da sessão, as reações do terapeuta ao comportamento tornam-se secundárias e os relatos de eventos externos e interpretações acerca dos comportamentos tornam-se prioridade na terapia (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Assim, à medida que os terapeutas subutilizam o relacionamento com seus clientes, continuam a dar destaque para técnicas comportamentais específicas como sendo o mecanismo de mudança (Follette, Naugle & Callaghan, 1996).

A demonstração de eficácia de diferentes estratégias terapêuticas, bem como sua ampla aplicabilidade no contexto clínico são tratadas no campo dos relacionamentos afetivos, porém, a relação terapeuta/cliente, compreendida

atualmente como um componente importante para o mecanismo de mudança clínica, ainda é pouco documentada nas terapias comportamentais para casais. A FAP, contudo, propõe algumas diretrizes para esse modelo de terapia que compreendem a relação terapeuta/parceiro. Algumas delas se aproximam daquelas propostas na terapia individual, outras, porém, parecem distanciar-se, como por exemplo, na terapia individual o mecanismo de mudança é o responder contingente do terapeuta, e, no caso da terapia de casal são as interações efetivas entre os parceiros. Outro exemplo diz respeito ao ambiente da terapia de casal, que é ainda mais rico de interações naturais que na terapia individual, considerando que grande parte das queixas ou melhoras estão disponíveis para observação na sessão, uma vez que predominantemente envolve os parceiros.

A FAP no tratamento de casais

Kohlenberg e Tsai (2004) dividem os comportamentos clinicamente relevantes, os CRBs, em três tipos: CRB1 são problemas do cliente que ocorrem na sessão; CRB2 são progressos do cliente que ocorrem na sessão e CRB3 são interpretações do comportamento segundo o cliente.

Os relatos dos problemas do casal em seu cotidiano fornecem uma gama extensa de amostras que, por sua vez, dão indícios de que as ações apresentadas pelos parceiros em sessão podem ser potenciais CRBs. Diferentemente da terapia individual, a terapia de casal conta com um ambiente natural ainda mais rico em amostras de interações na própria sessão de terapia. Isso é particularmente importante já que o ambiente terapêutico constitui-se no momento e lugar para a apresentação do CRB1, CRB2 e do CRB3, sendo funcionalmente semelhante a

ambientes naturais extraconsultório e por isto, aumentando a probabilidade de generalização do comportamento-alvo (Gurman, Waltz & Follette, 2010). Pressupõe-se que o CRB, em uma terapia de casal, pode se referir à relação do terapeuta com o parceiro A/B ou então, à própria relação entre os parceiros em sessão.

A FAP no tratamento de casais é muito mais orientada para o processo do que as terapias comportamentais tradicionais, à medida que se observa mais a interação no aqui/agora da sessão. Por isso, diferentemente das demais terapias para essa população, a FAP raramente realiza sessões individuais, o que diminuiria amostras do ambiente natural do casal (Gurman, Waltz & Follete, 2010). Portanto, de acordo com os autores e com terapeutas da área, a realização de sessões conjuntas facilita a promoção de um ambiente mais próximo ao ambiente natural do casal. Apesar do foco da FAP na interação do casal, isso não impede que aspectos individuais sejam abordados, os quais possivelmente estão relacionados à manutenção das dificuldades do casal que, por sua vez, constitui o foco da terapia (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

A construção de uma agenda inicial para cada sessão é incentivada, pois, presume-se que a escolha do que vai ser abordado na sessão indique um CRB ou forneça oportunidade para sua emissão. Por exemplo, na situação em que um parceiro inicia a sessão relatando um conflito não resolvido entre o casal e que apresenta o comportamento-problema de evitar tomar decisões/resolver conflitos, indicaria que o CRB1 desse parceiro está ocorrendo naquele momento no sentido de solicitar resolução/decisão vinda do terapeuta. Assim, dar a oportunidade para que os próprios parceiros decidam a agenda da sessão pode ser evocativo para o comportamento-problema e, portanto, uma oportunidade para modelagem direta de comportamentos mais adaptativos.

Casos em que a agenda das sessões é escolhida pelo terapeuta direcionam a sessão para longe dos CRBs, os quais poderiam ser alvos diretos da sessão (Gurman, Waltz & Follete, 2010). Por exemplo, no caso citado acima, se o próprio terapeuta mencionasse sua proposta para a sessão, a probabilidade de o parceiro apresentar o CRB1 diminuiria e, conseqüentemente, também o CRB2 não poderia ser modelado.

Assim como a FAP no tratamento individual, a FAP no tratamento com casais propõe algumas regras para a orientação dos terapeutas. São elas:

Regra 1: Observar os CRBs.

Em uma terapia de casais os CRBs são mais facilmente observados, porém, muitos deles, ocorrem de forma mais sutil do que em terapias individuais, tornando, assim, mais dificilmente detectáveis, em especial, porque estão em vigor diversas contingências controlando os comportamentos dos parceiros (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Essa regra se estende também ao domínio privado, à medida em que o terapeuta observar comportamentos públicos que indiquem comportamentos encobertos, isto é, experiências emocionais privadas (por exemplo, risos de um parceiro em relação ao relato do outro) e trazer à consciência a relação entre comportamentos públicos e privados (isso pode ser feito quando o terapeuta relata possíveis pensamentos ou sentimentos do parceiro A diante da ocorrência do comportamento do parceiro B) (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

O terapeuta também deve observar a resposta de um parceiro em relação ao fazer do outro, a fim de identificar padrões de relacionamento (Gurman, Waltz & Follete, 2010). Por exemplo, a partir de uma sessão em que a queixa trazida pela esposa se refere ao marido não se interessar por ela e, em decorrência, o marido relata que ela reage “jogando tudo na cara”, o terapeuta passa a observar que,

enquanto está falando com a esposa, o marido está envolvido em outras atividades (mexendo no celular, olhando para o relógio, escrevendo na prancheta) e, quando o terapeuta questiona o que o parceiro B pensa a respeito do assunto, solicita que o terapeuta refaça a pergunta, pois estava pensando em outras situações enquanto a interação entre a esposa e o terapeuta ocorria. Após essa sequência de eventos a esposa fala “Viu? Não te disse que ele faz isso?”, colocando em evidência o comportamento do marido que a incomoda. Portanto, convém ao terapeuta observar também a interação do casal entre si durante a sessão.

Regra 2: Evocar CRBs.

As mesmas indicações da FAP individual se aplicam à FAP com casais, isto é, a relação terapeuta/cliente deveria evocar CRB1 e estabelecer condições para o desenvolvimento de CRB2. Em um sentido amplo, muitos dos clientes precisam aprender a aprimorar relações íntimas. Nesse caso, a relação terapeuta/cliente evocaria o CRB1 de evitação da intimidade (Kohlenberg & Tsai, 2004). Isso pode ser facilmente aplicado à terapia de casais tomando o cuidado de observar sempre como os parceiros reagem entre si e com o terapeuta (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Regra 3: Responder ativamente aos CRBs.

Para responder de forma efetiva ao CRB1 na terapia de casal, o terapeuta deve ficar alerta em como responder a padrões da díade e, ainda, acrescentar ações específicas para padrões individuais. Quando o parceiro A responde ao CRB1 do parceiro B, o terapeuta, por sua vez, pode responder ao comportamento do primeiro, visando modelar novos repertórios e verificar que efeitos isso tem no relacionamento do casal. Além disso, o terapeuta também deve perceber a resposta de um parceiro em relação ao CRB1 do outro e, usar de si mesmo para deslocar as interações problemáticas do casal. É neste ponto que a prática da FAP se diferencia de outras

abordagens terapêuticas para casais, visto que a FAP com casais implica em usar da própria experiência na interação para promover mudança, compartilhando o impacto que o comportamento do parceiro A tem sobre o terapeuta, podendo comparar tal efeito à experiência vivida pelo parceiro B. Assim, o relacionamento entre o terapeuta e o parceiro A/B é natural e pode ser comparado com o relacionamento entre os parceiros (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Interações efetivas entre parceiros têm um alto valor terapêutico para casais em crise e este é o mecanismo central de mudança na terapia de casais, diferentemente da terapia individual, isto é, no caso da terapia de casal, as queixas geralmente estão relacionadas ao parceiro, o que faz com que melhoras nessa interação tenham considerável poder terapêutico, provocando mudanças nos comportamentos-problema. Apesar dessa diferença, a FAP com casais enfatiza fortemente a relação terapeuta/parceiro. Essa interação é especialmente importante no início do processo terapêutico, pois uma relação entre terapeuta/parceiro verdadeiramente genuína cria condições para que semelhanças na relação parceiro/parceiro ocorram e, com isso, respostas mais efetivas aos CRBs (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

A interação parceiro/parceiro é a finalidade da terapia de casais (Gurman, Waltz & Follete, 2010). Ou seja, a relação terapeuta/parceiro é um meio, não necessariamente um fim, para o aperfeiçoamento da relação parceiro/parceiro, uma vez que por meio da interação terapeuta/parceiro, podem ser estabelecidas condições em que interações mais reforçadoras tornem-se mais frequentes para, posteriormente, essas interações serem instituídas entre os próprios parceiros.

Com relação ao responder ativo do terapeuta ao CRB2, uma habilidade muito importante é a de observar qualquer melhora, ainda que pequena (Gurman, Waltz & Follete, 2010) para maior efetividade na aplicação do reforçamento diferencial.

Em se tratando do CRB3, o terapeuta deve fornecer condições para que os clientes se engajem em tal comportamento, pois isso permite que cada fala funcione como uma ferramenta para aumentar a probabilidade de generalização de trabalho pessoal nos comportamentos-problema e de melhora fora do ambiente de psicoterapia (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Regra 4: Perceber o efeito do comportamento do terapeuta em cada parceiro. Isso significa observar se o efeito é aquele desejado, oposto ou um efeito não identificado. Além disso, o terapeuta de casais deve observar o efeito de seu comportamento na relação entre os parceiros (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Regra 5: Fazer interpretações acerca das variáveis que afetam os comportamentos dos parceiros, ou seja, realizar análises funcionais daquilo que mantém as dificuldades e os avanços do casal, bem como implementar estratégias de generalização (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Percebe-se, portanto, a ênfase que a FAP dá ao aqui/agora da sessão para a mudança que, no caso da terapia de casal, trata-se de mudanças individuais e mudanças na interação entre os parceiros.

Traçando um paralelo entre a FAP e os treinamentos de habilidades sociais, Kohlenberg e Tsai (2004) afirmam que ambos os tratamentos se aproximam porque dão ênfase aos déficits nos repertórios dos indivíduos como a causa dos problemas e o tratamento é um meio para ajudar o cliente. Porém, os déficits são identificados diferentemente em cada um dos tratamentos. De acordo com a FAP, tais déficits são detectados por meio das emissões reais, podendo também ser observadas as variáveis

controladoras desse comportamento, bem como evocadas devido à similaridade funcional entre o ambiente terapêutico e o ambiente natural do cliente, o que faz com que os ganhos no cotidiano do cliente aumentem (Tsai, Yard & Kohlenberg, 2014). Este assunto voltará a ser discutido mais adiante.

Com relação aos treinamentos de habilidades sociais, Kohlenberg e Tsai (2004) afirmam que eles não priorizam a ocorrência direta do comportamento-problema e prosseguem dizendo que as habilidades aprendidas no ambiente terapêutico são em condições bastante diferentes daquelas do ambiente natural. Assim, os comportamentos aprendidos e emitidos por meio das estratégias de treinamento em habilidades sociais, como o *role-playing*, ensaio comportamental, são funcionalmente diferentes daqueles apresentados no cotidiano do cliente, apesar de topograficamente similares. Isso pode dificultar a generalização, uma vez que a ausência de similaridade funcional entre o ambiente de treinamento e o natural, não dá garantia de que o comportamento treinado seja generalizado (Kohlenberg & Tsai, 2004).

A FAP e o reforçamento natural no tratamento de casais

Segundo Fester (1972) a utilização do reforçamento arbitrário ou natural é o que diferencia uma terapia efetiva de uma terapia inefetiva. Por isso, o terapeuta deve primar pelo reforçamento natural no relacionamento com seu cliente (Kohlenberg & Tsai, 2004).

A mudança comportamental na psicoterapia é um efeito da consequência que o terapeuta fornece ao comportamento do cliente. Espera-se que essa consequência seja contígua para maior efeito do reforçamento, planejada consistente e

estrategicamente, e, como mencionado, apoiada no reforçamento natural (Kohlenberg *et al.*, 2012; Kohlenberg *et al.*, 2004), o qual se dá à medida que o terapeuta fica sob controle do comportamento do cliente apresentado no aqui/agora da sessão (Rosenfarb, 1992).

As respostas do terapeuta são as conseqüências naturais para o comportamento do cliente e, por isso, é com elas que o terapeuta deve trabalhar, evitando, assim, do reforçamento arbitrário (Ferster, 1972). Para ser naturalmente reforçador na sessão, é importante que o terapeuta se conecte de forma autêntica com seu cliente, assim como outras pessoas fora da terapia o fazem. Isso inclui compartilhar, se expressar, fazer autorrevelações ou amplificar reações ao comportamento do cliente. Essas características são essenciais para que o reforçamento ocorra naturalmente e faça da relação terapêutica o mais poderoso veículo de mudança (Tsai, Yard & Kohlenberg, 2014).

Com o uso do reforçamento natural em sessão, a probabilidade de uma resposta do terapeuta ser semelhante àquela fornecida pelo parceiro no ambiente extra consultório é mais alta do que com o uso do reforçamento arbitrário. Como conseqüência dos reforçadores (naturais) estarem presentes em ambos os ambientes, os comportamentos-alvo são mais provavelmente generalizados, isto é, quanto maior a utilização do reforçamento natural, maior a probabilidade de generalização do comportamento do cliente (Rosenfarb, 1992; Kohlenberg *et al.*, 2012).

As formas mais conhecidas de reforçamento arbitrário são a comida e a estimulação aversiva, porém, o reforçamento social também pode se inserir nessa categoria caso o ouvinte (controlador) ajuste sua reação ao comportamento que deseja obter do outro (controlado) (Ferster, 1972). Um efeito do controle arbitrário é

que o reforçador deixa de ser o resultado natural a ser obtido e passa a ser a reação do interlocutor (pode ser o caso de um elogio, por exemplo) (Ferster, 1967).

Outro produto do reforçamento arbitrário é o eventual surgimento de dois repertórios diferentes: um modelado e mantido por meio da consequência do terapeuta em sessão, e outro repertório mantido por consequências disponíveis no ambiente externo ao da psicoterapia, diferentes daquelas utilizadas na sessão (Kohlenberg *et al.*, 2012).

Um paralelo pode ser traçado entre reforçamento arbitrário/comportamento governado por regras e reforçamento natural/comportamento modelado pelas contingências. No caso do primeiro grupo, geralmente o comportamento governado por regras utiliza do reforçamento arbitrário. Um exemplo disso é o esforço que se percebe do cliente para seguir a regra do terapeuta e o reforço fornecido ao seu comportamento é feito pelo próprio terapeuta ou por outra pessoa pelo seguimento da regra. Em contrapartida, no segundo grupo, o comportamento modelado pelas contingências tem como premissa que o comportamento fica sob controle das consequências naturais de sua ação. Nesse caso, diferentemente, a mudança é mais “espontânea”, pois ocorre naturalmente, como resposta às contingências (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

Quando os casais respondem naturalmente às contingências em vigor as mudanças são mais prováveis de ocorrerem. Assim, quando o terapeuta passa a fazer parte do contexto de interações do casal, em vez de ensinar como os parceiros devem se comportar, ele modela tais comportamentos, favorecendo um contexto para essas interações (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

Para diferenciar mais claramente os efeitos do reforçamento arbitrário e do reforçamento natural, podem-se destacar quatro dimensões básicas. A primeira

dimensão diz respeito à classe de respostas, se ampla ou restrita. O reforçamento arbitrário especifica qual resposta será reforçada (desempenho de um comportamento exclusivo), diferentemente do reforçamento natural que diz respeito a uma ampla classe de respostas. Dessa forma, o reforçamento arbitrário pode limitar a aquisição de uma classe de respostas, uma vez que valoriza uma resposta particular (Kohlenberg & Tsai, 2004). No caso do reforço arbitrário, não há reforçador que mantenha o comportamento desejado com uma ampla variedade de respostas. Além disso, a menos que tenha havido uma transição para o reforçamento natural o comportamento aprendido pode deixar de ser apresentado tão logo a intervenção termine (Ferster, 1967), uma vez que um dos efeitos colaterais da utilização deste tipo de reforçamento é a melhora comportamental apenas quando o reforço específico estiver presente (Kohlenberg *et al.*, 2012).

A segunda dimensão se refere ao reforçamento do comportamento alvo a partir de alguma resposta já aprendida pelo sujeito (o qual foi reforçado por meio de eventos ocorridos em seu ambiente social), isto é, diferentemente do reforçamento arbitrário o reforçamento natural considera as habilidades presentes no repertório comportamental do indivíduo (Ferster, 1967; Kohlenberg & Tsai, 2004). A partir disso, pode-se pensar que o terapeuta de casais pode passar a reforçar comportamentos já existentes no repertório comportamental do indivíduo (e, portanto, emitidos em sessão) que se aproximam do comportamento-alvo a ser apresentado no ambiente externo ao da sessão.

A terceira dimensão trata do beneficiário do reforçamento. No caso do reforçamento arbitrário quem se beneficia é aquele que apresenta o reforçamento. Em contrapartida, o reforçamento natural produz mudanças no comportamento daquele que teve seu comportamento reforçado e não daquele que o forneceu

(Kohlenberg & Tsai, 2004). No caso do reforçamento arbitrário, o próprio terapeuta seria o beneficiado, enquanto que, no reforçamento natural, o cliente é que se beneficiaria (Ferster, 1972).

A quarta e última dimensão faz referência ao tipo de reforçador oferecido – se presente ou não no ambiente natural do cliente. Os reforçadores naturais, diferentemente dos arbitrários, são aquelas conseqüências que têm maior probabilidade de ocorrência no ambiente do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2004; Kohlenberg *et al.*, 2012). Nesse sentido, o terapeuta pode se tornar um “representante” de outras interações do cliente com a apresentação de suas reações genuínas, as quais são as conseqüências mais prováveis em seu ambiente natural (Kohlenberg *et al.*, 2012). Quando utilizados os reforçadores arbitrários na terapia, os comportamentos reforçados são comumente diferentes daqueles reforçados no ambiente externo (Rosenfarb, 1992).

Diante do exposto, é importante considerar em um atendimento de casais quais são os meios pelos quais os terapeutas reforçam o comportamento dos parceiros, a fim de avaliar seus possíveis efeitos positivos.

Intimidade e Análise do Comportamento

Como mencionado na seção anterior, o reforçamento natural deve ter prioridade a fim de tornar as relações funcionalmente semelhantes às de ambientes naturais e facilitar a generalização. Um dos tipos de interação em que o reforçamento natural é primordial é a de intimidade, a qual será caracterizada na presente seção.

Segundo Gurman, Waltz e Follette (2010), “os problemas de proximidade/intimidade interpessoal são fontes comuns de conflitos no casal” (p.

128) e repertórios comportamentais pobres de intimidade podem levar a muitas das dificuldades pelas quais os casais passam (Mansfield & Cordova, 2007). Com isso, percebe-se a necessidade de melhor compreender o que caracteriza a intimidade na relação do casal.

Pesquisadores têm mostrado a relevância da intimidade para o benefício de adultos, crianças, futuras gerações e a sociedade como um componente poderoso para promover a saúde e o bem-estar dos seus membros (Bradbury & Lavner, 2012), além de considerar sua relevância clínica (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011).

Casais com alta frequência de comportamentos íntimos predizem altos níveis de sentimentos de segurança e conforto, satisfação e estabilidade no relacionamento (Cordova & Scott, 2001). Ademais, aumentar a intimidade entre o casal pode tornar as estratégias de mudança comportamental mais efetivas (Jacobson & Christensen, 1996). Apesar de sua importância, poucos são os tratamentos que abordam questões da relação de intimidade entre o terapeuta/instrutor e o cliente tais como questionamentos acerca da sensação de conexão entre ambos (Hawkins *et al.*, 2012).

Um estudo de Guenzen (2013) sugeriu que as autorrevelações do terapeuta tiveram um efeito evocativo sobre o CRB2, isto é, esse comportamento do terapeuta, que pode ser considerado um comportamento de intimidade, evocou comportamentos de melhora na cliente participante do estudo. Esse estudo também mostrou que, das 36 autorrevelações, 16 ocorreram após um CRB2 tendo, portanto, a provável função de reforçar a classe ligada à melhora clínica.

Diante do exposto, nota-se que a preocupação dos pesquisadores outrora focada em procedimentos e técnicas de um modelo de psicoterapia específico passa a dar lugar à pessoa do terapeuta, do cliente e dessa relação de reciprocidade. Com isso, evidencia-se a tentativa de mudança no padrão da terapia convencional

apresentada até então, isto é, uma mudança de um modelo tradicional pautado em práticas relacionadas a procedimentos e estratégias para um novo modelo no qual a interação da díade terapeuta/cliente começa a ser estudada como o elemento essencial à prática do profissional na clínica com casais.

Cordova e Scott (2001) propuseram uma análise comportamental da intimidade na qual o termo *intimidade* se refere a eventos observáveis do responder e do ambiente e que estão ligados à vulnerabilidade à estimulação aversiva. No caso de uma resposta de intimidade, ela é reforçada positivamente pelo outro, ao invés de punida. Assim, a intimidade não é uma construção hipotética e, por isso, os eventos podem ser preditos e sofrer influência de diversos fatores (Cordova & Scott, 2001). É importante destacar que a intimidade não se limita à autorrevelação, mas abrange a interação na qual tal verbalização ocorre (Cordova & Scott, 2001). Deste modo, para caracterizar um comportamento como íntimo é necessário que seja, de algum modo, validado pelo interlocutor.

O comportamento mais ou menos vulnerável faz referência a um histórico de vida com mais ou menos punição em relação à sua frequência e severidade, isto é, para avaliar se um comportamento é considerado vulnerável à punição ou não, deve-se recorrer à história de vida do indivíduo e verificar se tal comportamento foi punido ou não, com que frequência e se a punição foi severa ou moderada (Cordova & Scott, 2001). Com isso, os autores assumem o pressuposto de que o comportamento vulnerável à punição encontra-se em um *continuum* em vez de estática e topograficamente estabelecido.

Uma das características da intimidade traduz-se na vulnerabilidade do comportamento (estar aberto para a censura ou punição advinda do outro) passível de punição interpessoal (interações estabelecidas entre duas ou mais pessoas). Isso

implica em apresentar comportamentos em uma condição de risco de punição (Cordova & Scott, 2001).

Outra característica importante para se definir um comportamento de intimidade, diz respeito ao reforçamento do comportamento de vulnerabilidade interpessoal. Para que possa ser denominada uma relação íntima. É importante que haja uma sequência de eventos nos quais o comportamento de vulnerabilidade interpessoal, que outrora fora punido, seja agora reforçado e, nesse caso, a própria ausência de punição já é suficiente para reforçar tal comportamento (reforçamento negativo) (Cordova & Scott, 2001). Eis então um papel importante da psicoterapia: criar um ambiente no qual um comportamento com histórico de punição passe a ser apresentado e, ao invés de punido, seja reforçado.

É importante ressaltar que o processo de desenvolvimento de parceria íntima necessariamente compreende eventos supressivos e íntimos, portanto, o processo de desenvolvimento de um relacionamento íntimo em alguma medida se caracterizará por um acúmulo de ambos os eventos (Cordova, 2003). Desta forma, tanto a punição, quanto o reforçamento dos comportamentos de vulnerabilidade interpessoal são apresentados no desenvolvimento da intimidade. Caso, porém, a punição destas respostas tiver maior frequência do que o reforçamento, a probabilidade de dissolução do relacionamento aumenta, pois é essa relação entre reforçamento e punição que marca a qualidade e a estabilidade de um relacionamento (Cordova & Scott, 2001).

Paradoxalmente, o componente mais importante na intimidade é também aquele que aumenta a suscetibilidade do responder à punição. Essa é a chave para a intimidade em um relacionamento conjugal, a iminência da possibilidade de punição, porém, sem sua apresentação. Assim, pode-se considerar intimidade entre os

cônjuges, emissões de comportamentos em que os parceiros compartilham experiências ou conteúdos passíveis de recriminação social em seu cotidiano, tais como, relatos sobre dificuldades no trabalho (relacionamento, competência), opiniões sobre comportamentos de pessoas que fazem parte da convivência do casal, relatos acerca do que deseja nas relações sexuais (Pergher, 2010). Diante disso, qualquer comportamento que foi seguido por respostas aversivas de outras pessoas no passado e que é apresentado em um contexto de relacionamento, pode ser considerado um comportamento de vulnerabilidade interpessoal (Cordova & Scott, 2001).

No caso do casal que chega para atendimento psicoterápico, comportamentos incompatíveis com o comportamento de vulnerabilidade interpessoal geralmente são apresentados em alta frequência, tal como o comportamento de justificar as próprias falhas cometidas no relacionamento. Sendo assim, a tarefa do terapeuta é criar condições para que os comportamentos de vulnerabilidade interpessoal sejam emitidos e reforçados em sessão.

Cada evento passa a favorecer a construção da intimidade entre os parceiros e tal relacionamento passa a se caracterizar pela abertura da vulnerabilidade interpessoal e sentimentos de segurança, aceitação e conforto (Masfield & Cordova, 2007; Cordova & Scott, 2001; Vandenberghe, 2006).

Uma história de punição, em contrapartida, pode produzir sentimentos de ambivalência, desconforto, não inclusão (Cordova & Scott, 2001; Pergher, 2010). Pessoas que mantêm relacionamentos superficiais têm maior dificuldade de se tornar vulneráveis ao outro possivelmente pelo histórico de rejeição ou de relacionamentos nos quais apresentar comportamentos de vulnerabilidade não teve conseqüências reforçadoras (Pergher, 2010).

A formação da intimidade, porém, se dá essencialmente de maneira unidirecional e vem a ser bidirecional à medida que há reforçamento recíproco do comportamento de vulnerabilidade interpessoal (Cordova & Scott, 2001). Sendo assim, no caso da psicoterapia o comportamento de intimidade tem condições adequadas para ser apresentado, modelado e reforçado, pois a relação terapêutica tem maior número de respostas reforçadoras do que punitivas em relação a essa classe (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011).

As semelhanças estruturais ou funcionais entre ambientes nos quais o comportamento íntimo foi reforçado aumenta a probabilidade de ser emitido novamente (Cordova & Scott, 2001). Além disso, ter o comportamento interpessoal vulnerável reforçado aumenta a probabilidade desta classe de respostas em relação à pessoa que reforçou, a qual passa a exercer a função discriminativa para a classe de intimidade e, conseqüentemente, passa a se estabelecer como um parceiro íntimo (Vandenberghe & Pereira, 2005). A partir disso, pode-se dizer que o processo de controle de estímulos ocorre na psicoterapia no momento em que o terapeuta reforça comportamentos de vulnerabilidade interpessoal de um parceiro aumentando, assim, as chances de emissão dessa classe de respostas na presença do terapeuta.

Segundo Kohlenberg, Kohlenberg e Tsai (2011; Tsai *et al.*, 2012) a intimidade se refere a um repertório interpessoal que abarca a revelação dos pensamentos ou sentimentos que tem como conseqüência um estado de conexão, apego e proximidade em relação a outra pessoa.

No caso da psicoterapia, a intimidade está relacionada à revelação de segredos por parte do cliente e o convite do terapeuta para que o cliente possa se engajar em tal comportamento (Kohlenberg & Tsai, 2011; Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011). Essa revelação proporciona um ambiente favorável para a emissão de

comportamentos interpessoais vulneráveis, determinando ganhos significativos neste repertório (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011). No caso de uma psicoterapia com casais, esse ambiente pode favorecer relatos de intimidade e, com isso, ganhos no relacionamento do casal.

Uma ocasião para a autorrevelação pode ser aversiva o que aumenta a chance de comportamento de fuga/esquiva (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011). Um exemplo disso pode ser a exposição de problemas e desejos. Em face de tais comportamentos, o responder do terapeuta terá um impacto significativo na manutenção destas revelações no decorrer da terapia (Vandenberghe & Pereira, 2005).

Nesse sentido, a atenção, a demonstração de interesse pelo relato e revelações de intimidade são formas de reforçar naturalmente, enquanto expressões como “obrigada por se abrir” são respostas arbitrárias de reforçamento (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011). Diante disso, pode-se dizer que é por meio da relação terapêutica que mudanças na intimidade podem ocorrer.

Tratamentos comportamentais para casais

A seguir, são examinados três tratamentos para casais: o tratamento cognitivo-comportamental para casais (Arias & House, 2007; Bonet & Castilla, 2007), a *Integrative Behavioral Couple Therapy* – IBCT (Jacobson & Christensen, 1996; Cordova & Jacobson, 1999; Christensen, Wheeler & Jacobson, 2009; Dimidjian, Martell & Christensen, 2008) e a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Destaca-se nesta seção o papel do terapeuta/instrutor nesses protocolos e a utilização das estratégias de modelagem e modelação à partir da relação terapêutica.

Tratamento 1: Tratamento cognitivo-comportamental para casais (Arias & House, 2007; Bonet & Castilla, 2007).

Esse tratamento prima pelos treinamentos em reciprocidade (trocas de eventos gratificantes), de comunicação, negociação (compromisso de ambas as partes para resolver incompatibilidades) (Bonet & Castilla, 2007) e em solução de conflitos. O tratamento é composto por propostas específicas para cada sessão.

O papel do terapeuta

A sequência de procedimentos a serem adotados no tratamento cognitivo-comportamental para casais demonstra a forma protocolar com que são elaborados. No caso deste tratamento, os autores indicam até mesmo o momento adequado de passar de uma etapa para a etapa seguinte do processo terapêutico (Arias & House, 2007).

O terapeuta é apresentado como muito **ativo** e **diretivo** nesse tipo de tratamento, em especial durante as etapas preliminares e seu objetivo principal é de não permitir que o casal fuja dos temas ou apresentem comportamentos de agressividade diante das negociações, além de muitas vezes aparecer como **mediador** da relação entre os parceiros. Isso pode indicar a função do terapeuta como um integrante à parte do relacionamento do casal, isto é, o terapeuta como uma **terceira pessoa** que se encontra “fora” dessa relação e não como peça fundamental a ser utilizada para as mudanças necessárias entre os parceiros. As seguintes frases exemplificam o exposto: “O terapeuta interrompe e corrige...”, “O terapeuta pode ajudar o casal, neste exemplo, sugerindo que uma forma de atingir o objetivo...”, “A

principal tarefa do terapeuta nesse ponto é garantir que a solução tenha uma alta probabilidade de ser eficaz e que será realizada” (Arias & House, 2007).

O tratamento cognitivo-comportamental dos problemas conjugais é realizado por meio do treino de comunicação e de representações de situações-problema, nos quais o papel do terapeuta é de **fornecer diretrizes e *feedback***. Esse treino pode ser realizado em sessão ou como tarefa de casa. No decorrer do texto os autores apresentam diversas vezes momentos em que o terapeuta deve **fornecer informações** (regras para uma comunicação adequada, por exemplo), porém não apresentam falas do terapeuta em que verbalize seus pensamentos e sentimentos servindo como modelo para esse tipo de relato (Bonet & Castilla, 2007).

Apesar disso, ao expor as ferramentas de trabalho do protocolo, percebe-se a função do terapeuta como aquele que exemplifica o que deve ser feito, fornecendo um **modelo** nas sessões do que deve ser feito fora delas (Bonet & Castilla, 2007).

Em ações em que os clínicos observam as interações comportamentais do casal e determinam o comportamento a ser alterado, bem como modelam comportamentos desejáveis, fornecem *feedback*, entre outras ações, fazem do terapeuta um **educador, treinador e comentarista** (Fischer & Fink, 2014).

A partir da análise do tratamento cognitivo-comportamental, pode-se perceber que o terapeuta tem uma posição bastante orientada para o resultado do tratamento e um papel de instrução bem claro, porém a utilização da relação terapêutica como instrumento para modificação do comportamento não fica tão evidente.

Modelagem e modelação

A forma como os parceiros **fornecem elogios** passa por um processo de modelagem e de modelação, porém não está claro se isso é realizado como parte do

processo terapêutico que ocorre naturalmente ou como uma seção de treinamento do atendimento (Bonet & Castilla, 2007).

Na ferramenta “modelagem e *feedback*” (Bonet & Castilla, 2007) ficam claros os comportamentos esperados do terapeuta: **reforçar aproximações** do seguimento de regras expostas na solução de conflitos. Isso indica que há modelagem do comportamento de **seguir regras**.

As atividades de “**modelo**”, “representação de papéis” / “ensaio de comportamento”, “**modelagem**” e “*feedback*” são realizadas com exemplos e **simulações** de possíveis situações do dia a dia, visando uma aplicação futura (Bonet & Castilla, 2007). Nesses casos o terapeuta pode exemplificar a ação desejada. Esse padrão sugere o uso da modelação e da modelagem por meio da reprodução de eventos do cotidiano, o que pode dar oportunidade para a utilização de reforçamento arbitrário.

Tratamento 2: Integrative Behavioral Couple Therapy – IBCT (Jacobson & Christensen, 1996; Cordova & Jacobson, 1999; Christensen, Wheeler & Jacobson, 2009; Dimidjian, Martell & Christensen, 2008).

O papel do terapeuta

O terapeuta da IBCT exerce um papel **ativo e diretivo**, podendo assumir a função de **professor** à medida que ajuda o casal no desenvolvimento de habilidades de comunicação e solução de problemas, por exemplo. Nesse papel o terapeuta **instrui**, é **didático** e **fornece *feedback*** (Dimidjian, Martell & Christensen (2008).

Outra função do terapeuta da IBCT é de **ouvinte** e de **observador**, nos momentos em que se concentra na formulação de caso e presta atenção na

comunicação verbal, não verbal e na função dos comportamentos dos clientes, o que exige conhecimento da história desses casais por parte do terapeuta. Para que o terapeuta mantenha o foco na formulação de caso, é essencial que ele aja de forma a compreender genuinamente e demonstre empatia com cada um dos parceiros. Assim, pode-se perceber que o terapeuta não se apresenta como um simples aplicador de técnicas, mas essencialmente como **integrante da relação** (Dimidjian, Martell & Christensen, 2008).

Os momentos em que as falas do terapeuta aparecem em Cordova e Jacobson (1999) mostram o papel do terapeuta de **fornecer orientações**, interpretações, regras e **opiniões** mostrando um papel mais **diretivo**. Isso pode ser confirmado em frases como “o que desejo”, “o que eu vejo”, “É, acho que concordo com isso”, “Bem, se posso dar minha opinião, você ...”, “Posso participar também?”.

Em Jacobson e Christensen (1996), pode-se observar um terapeuta bastante **ativo, participativo** da relação, atento e que **modela** os relatos de intimidade entre os parceiros, demonstrado por meio de falas como “Cal, eu não tenho idéia de sua experiência a respeito de tudo isso, mas se fosse comigo, eu estaria com medo”, o terapeuta usa declarações baseadas em sua **própria experiência** ao invés de declarações do que o outro deveria fazer, ilustrando a participação do terapeuta da IBCT no relacionamento com o casal. Esse tipo de relato fornece **modelo** ao casal de como se referir a respeito de si próprio e não ao outro (aspecto importante para verbalizações de intimidade).

Modelagem e modelação

O *setting* terapêutico é um ambiente seguro para a emissão de relatos de intimidade, porém, as revelações não ocorrem ao acaso. Por isso, o papel do

terapeuta é fundamental na **modelagem** desses repertórios, por meio, por exemplo, **de interpretações das emoções** apresentadas pelos parceiros em sessão (Jacobson & Christensen, 1996). Por vezes, o comportamento de relatar fatos íntimos nem sequer existe no repertório de um ou de ambos os parceiros, por isso, o terapeuta também tem a função de **reforçar** qualquer resposta, ainda que pouco frequente, relacionada a esse repertório. Assim, fica evidente o uso da modelagem no processo terapêutico. Um exemplo disso pode ser dado a seguir: “Cal, você está fornecendo algumas idéias interessantes sobre o que Tanya pode estar sentindo antes dela começar a beber. Você poderia falar sobre o que está acontecendo com você?” (Jacobson & Christensen, 1996, p. 105).

A forma como Jacobson e Christensen (1996) explicitam a promoção de aceitação vai diretamente ao encontro do conceito de intimidade de Cordova e Scott (2001). Isso, de alguma forma, indica **modelagem** do relato de intimidade entre os parceiros.

Apesar disso, mesmo em descrições como “vou dar minha opinião”, “Esse período de avaliação também é uma oportunidade de conhecer a mim e ao tipo de terapia que vamos fazer...”, “Me parece” (Christensen, Wheeler & Jacobson, 2009) não há menção de relatos do terapeuta de seus sentimentos ou pensamentos em relação a cada parceiro ou à interação do casal. Com isso, o terapeuta pode modelar repertórios de intimidade entre os parceiros, mas parece não fornecer **modelo**, estabelecendo entre ele próprio e o casal, esse tipo de relato na interação.

Da mesma forma, analisando as verbalizações transcritas de Dimidjian, Martell e Christensen (2008) e de Jacobson e Christensen (1996), pode-se observar que, apesar de um posicionamento **mais aberto à relação**, nenhuma das verbalizações traziam exemplos de expressões de sentimentos ou pensamentos do

terapeuta. Grande parte das verbalizações ainda traz **interpretação** (de sentimentos e pensamentos) do terapeuta e frases que expressam a pessoa do terapeuta, tais como “... eu poderia estar errado...” ou “eu acho”.

Tratamento 3: Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

O papel do terapeuta

O papel principal do terapeuta da FAP é **fomentar a generalização** de efeitos positivos alcançados na terapia. É aí que se encontra o poder da terapia de casais, em ter potencialmente o ambiente natural saudável no consultório. É importante destacar que o relacionamento entre os parceiros é o objetivo último da terapia, mas o **relacionamento** entre o terapeuta e cada um dos parceiros tem um papel central – em especial inicialmente – na prática da FAP com casais (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Conforme a estratégia da FAP, os comportamentos-problema do cliente são objeto direto de intervenção, passíveis de modificação direta. Com esta afirmação não quer dizer que instruções diretas são inefetivas para a mudança clínica, apenas que o posicionamento do terapeuta diante de cada uma dessas intervenções se diferencia em cada um dos tratamentos (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Assim, de acordo com a FAP, um dos papéis do terapeuta é **trazer para o aqui/agora da sessão** o impacto que o comportamento do cliente tem no terapeuta, ou seja, **trazer para a relação terapêutica** aquilo que o cliente relata acerca do que ocorre fora da terapia (Callaghan, Naugle & Follette, 1996).

Parte do papel do terapeuta é **valorizar melhoras** que a princípio possam parecer pequenas, mas que possam tornar-se significativas o suficiente para melhorar

o relacionamento do casal (Gurman, Waltz & Follete, 2010). Estar **fora da relação** do casal, como é **parcialmente** a posição do terapeuta, permite que ele perceba progressos no comportamento do parceiro A ou B e que ele responda de maneira adaptativa às melhoras dos parceiros, proporcionando, desta forma, que um parceiro responda da mesma forma ao outro (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

Essa função do terapeuta da FAP está relacionada à função de **modelar** comportamentos mais adaptativos durante a sessão, o que pode ocorrer por meio do **reforçamento diferencial** à medida que o terapeuta reforça aqueles comportamentos mais vantajosos em um relacionamento. O contrário (ausência de reforçamento ou até mesmo a punição) ocorre para aqueles comportamentos que precisam diminuir de frequência (Follette, Naugle & Callaghan, 1996).

O papel do terapeuta no processo de modelagem do comportamento do cliente é um processo que implica, necessariamente, uma **troca mútua** entre ambos, bem como **modificações** no comportamento de um e de outro (Rosenfarb, 1992). Aqui fica claro o papel do terapeuta como **pessoa da interação**, que estabelece mudanças e que também sofre por elas, que impacta e que é impactado. Sendo assim, a intimidade implica, necessariamente, uma **troca** entre terapeuta e cliente e impacto em ambos.

O papel do terapeuta da FAP, em última instância, é **intervir nas interações** disfuncionais entre os parceiros e **redirecionar** tais interações para a relação **terapeuta/parceiro**, uma vez que estas interações têm maior probabilidade de serem terapêuticas. O terapeuta **usa seu relacionamento** com um parceiro para **compreender o impacto** das interações entre os próprios parceiros, baseado no impacto que tem em si mesmo. Além disso, o relacionamento terapeuta/parceiro é uma forma de cada um dos parceiros compreenderem o impacto que seu

comportamento tem no outro, com o benefício das influências de um sobre o outro ocorrerem ao vivo e naturalmente na sessão. A tarefa do terapeuta da FAP, portanto, é **promover este tipo de interação** em vez de prescrever topografias específicas de comportamento (Gurman, Waltz & Follete, 2010).

A construção de uma relação (**recíproca**) de intimidade no ambiente terapêutico se estabelece à medida que cliente e terapeuta emitem e reforçam tais comportamentos. Um terapeuta, entretanto, que se posiciona apenas de forma técnica, com impessoalidade e neutralidade pode punir o comportamento de vulnerabilidade do cliente, diferentemente de um terapeuta que pode favorecer a intimidade na relação terapêutica por meio da autorrevelação, uma vez que, neste caso, o próprio terapeuta pode apresentar comportamento “íntimo” ao relatar crenças, emoções, sentimentos em relação ao processo psicoterapêutico (Vandenberghe & Pereira, 2005).

Em algumas circunstâncias, porém, será necessário que o terapeuta **forneça regras ou instruções** para os clientes (estímulos discriminativos), a fim de garantir a emissão de um determinado comportamento que de outra maneira possivelmente não ocorreria e, portanto, não sofreria por suas conseqüências (muitas vezes desejáveis) (Rosenfarb, 1992). Em outras palavras, será necessário que o terapeuta reforce diferencialmente algumas respostas que se aproximem do comportamento alvo, ainda que essas respostas não sejam reforçadas no ambiente externo ao da psicoterapia (Kohlenberg *et al.*, 2012). Isso é especialmente importante quando se trata de um relacionamento conjugal, no qual cada parceiro (ao menos no início da terapia) está mais sob controle dos comportamentos inadequados do que sob controle das pequenas melhoras do outro. O papel do terapeuta, neste caso, é de suma importância

para favorecer a identificação e o reforçamento das aproximações do comportamento alvo.

Modelagem e modelação

Ferster (1972) afirma que os mesmos princípios do reforçamento tipicamente aplicados com o reforçamento arbitrário, tal como aproximações sucessivas, também podem ser aplicados ao reforçamento natural. A implicação disso para a terapia comportamental com casais é que com a utilização do reforçamento natural, aqueles comportamentos desejáveis podem ser modelados no ambiente terapêutico e mais provavelmente generalizados.

A partir de vários estudos (Azrin & Hayes, 1984; Rosenfarb, Hayes & Linehan, 1989) Rosenfarb (1992) concluiu que até mesmo as habilidades sociais (que frequentemente são ensinadas de maneira bastante protocolar) podem ser aprendidas mais efetivamente por meio de um processo gradual de modelagem por contingências. Aparentemente, portanto, a modelagem direta que, no caso da FAP, é realizada por meio da **relação terapêutica**, é um **instrumento poderoso e efetivo** para a mudança comportamental em detrimento de treinamento de comportamentos específicos a serem alterados, como é o caso de muitos protocolos de atendimentos para casais.

À medida que o terapeuta **responde** ao comportamento do cliente de maneira **diferente** àquela que outras pessoas o fizeram em sua história, um processo de **modelagem** de novos repertórios pode ser estabelecido. A partir desse repertório bem estabelecido, o cliente pode emitir o comportamento novo em diferentes ambientes fora do *setting* terapêutico em condições funcionalmente semelhantes. Caso esse novo repertório seja reforçado também nos ambientes externos, o processo

de generalização tende a ocorrer (Rosenfarb, 1992). Isso tem implicações importantes para a terapia de casal, em especial para a FAP aplicada a casais. Nesse contexto, se o parceiro reforça a mesma classe de respostas que o terapeuta reforça (no aqui/agora da sessão), a possibilidade de emissão desses mesmos comportamentos fora da sessão é aumentada, pressupondo que por meio do reforçamento natural, os mesmos reforçadores disponíveis em sessão estarão também disponíveis fora dela.

A **modelagem direta** do comportamento é um dos aspectos centrais em um tratamento analítico-comportamental, a qual é realizada por meio das **respostas do terapeuta** aos comportamentos do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2004). A resposta **genuína** do terapeuta pode expor o cliente às contingências controladoras de seu próprio comportamento e modelá-lo por meio do reforçamento natural (Vandenberghe & Pereira, 2005). Assim, o cliente apresenta determinado comportamento, o terapeuta responde, o cliente entra em contato com as contingências sociais do seu comportamento e, quando em um contexto similar a esse fora da sessão, possivelmente o cliente fique sob controle de tais conseqüências, podendo se adaptar a elas (Kohlenberg & Tsai, 2004). Assim, a modelagem do comportamento de intimidade dos parceiros pode facilmente ser realizada em sessão (modelagem por contingências), uma vez que as respostas do terapeuta diante dos relatos do cliente são as conseqüências naturais de seu comportamento.

O processo terapêutico envolve o **compartilhar sentimentos** por parte do cliente, porém, quando se trata da FAP como um tratamento para aumentar a intimidade, o terapeuta deve se comportar da mesma forma, o que não significa que o terapeuta revela tudo a respeito de sua vida, mas significa um investimento genuíno de cuidado e uma conexão emocional mútua (Wetterneck & Hart, 2012). Diante

disso, na FAP com casais, o terapeuta assume uma postura mais **pessoal** nas interações nas sessões. Por isso, quanto antes o terapeuta de casais da FAP deve se tornar um provedor de cuidado, reforçamento (Gurman, Waltz & Follete, 2010) e ser capaz de **expressar reações e sentimentos** nas interações com os clientes, além de ser sensível para identificar o impacto do cliente em seu ambiente natural (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Com isso, presume-se que o terapeuta fornece **modelo** de autoexposição, autorrevelação e intimidade.

Vandenberghe e Pereira (2005) relatam um caso clínico em que a emissão do comportamento de intimidade da terapeuta parece ter levado a cliente a testar novos repertórios comportamentais. Os autores relatam que este efeito da intimidade é bastante relevante já que, arriscando e experimentando novos comportamentos, novas estratégias de vida podem ser aprendidas. O comportamento da terapeuta de apresentar comportamentos de vulnerabilidade na relação terapêutica pode funcionar como **modelo** para que os clientes possam testar novos repertórios em um ambiente seguro no qual a punição deste comportamento tem baixa probabilidade. À medida que os clientes se expõem a novas contingências, poderão experimentar novas fontes de reforçamento e, com isso, repertórios comportamentais mais adaptativos podem ser aprendidos. Tsai, Yard Kohlenberg (2014) alegam que é difícil para o terapeuta reforçar comportamentos de melhora e de abertura e vulnerabilidade, se o próprio terapeuta estiver se esquivando de eventos desta natureza.

Como consequência de um relacionamento genuíno entre terapeuta e cliente, este tende a perceber e ficar sob controle das respostas do terapeuta e identificar o impacto que o seu comportamento tem no comportamento do terapeuta – essa dinâmica cria um ambiente que permite mudanças em seu comportamento. Uma das formas de reforçar naturalmente o comportamento do cliente é **compartilhando e**

revelando as respostas do terapeuta diante de seus comportamentos (Kohlenberg *et al.*, 2012), o que também poderia servir como **modelação** do relato de intimidade.

Para os autores é importante que se crie uma

conexão autêntica com o cliente para que o terapeuta seja naturalmente reforçador e, para tanto, os terapeutas não podem evitar a intimidade que se desenvolve no relacionamento terapêutico, nem o desconforto, sentimentos fortes, e a possibilidade de riscos que pode envolver a criação de um relacionamento real (Kohlenberg *et al.*, 2012).

Assumir riscos em um relacionamento é essencialmente um padrão de relacionamentos íntimos. Assim, pode-se dizer que tais riscos estarão presentes em um relacionamento terapêutico, já que a intimidade entre terapeuta e cliente é o cerne de tal relação.

Segundo Diamond (2014) alguns estudos apontam que o relato de emoções vulneráveis primárias e necessidades de apego estão associadas a mudanças positivas nas interações. Desta forma, pode-se supor que o relato de vulnerabilidade entre os parceiros pode criar condições/facilitar mudanças nos padrões de interação do casal.

Comparando os protocolos citados acima, os três protocolos fazem uso da modelagem e da modelação. No caso do primeiro protocolo a modelagem e a modelação são realizados por meio de estratégias como os ensaios comportamentais. No caso do segundo protocolo o próprio terapeuta modela o repertório de intimidade na sessão e serve de modelo para muitas verbalizações como é o caso de relatos em primeira pessoa. Porém em ambos os protocolos não há modelação de relatos de intimidade, ou seja, o terapeuta não relata sentimentos e pensamentos aos clientes servindo como modelo de autoexposição na própria relação terapêutica. Esse é o principal fator que diferencia a FAP no tratamento com casais no presente estudo.

Diante disso, pode-se destacar a importância da intimidade na relação terapêutica. Apesar de sua extrema relevância, utilidade e do interesse que tem

despertado em pesquisas com diferentes populações (como casais), seu estudo ainda é incipiente. Esse panorama atesta a necessidade de investimento nesta área de pesquisas, uma vez que a relação terapeuta/cliente pode ser o “ingrediente” ativo primordial da intervenção (para compreender o processo de mudança) com casais. Supõe-se também que investigações a respeito aumentariam o diálogo do pesquisador com o clínico.

Portanto, a terapia de casais apresenta protocolos com componentes de treinamentos de habilidades interpessoais (especialmente relacionados à comunicação e à solução de problemas), técnicas cognitivas e mais recentemente componentes de aceitação integrados. Geralmente esses componentes são trabalhados no ambiente terapêutico por meio de ensaios comportamentais, visando uma simulação da situação cotidiana real, ou seja, a ocorrência direta do comportamento não é enfatizada. Isso pode fazer com que as condições em que a emissão das habilidades aprendidas dentro e fora do contexto terapêutico sejam bastante diferentes devido a diferença em sua funcionalidade, o que pode tornar mais difícil a generalização desses comportamentos.

Por meio de uma análise da literatura de casais e suas discussões recentes, percebe-se que, em vez de modelos protocolares de atendimento, elementos atrelados à relação terapêutica vêm sendo destacados, ainda que pouco explorados. Pressupõe-se que parte integrante da relação terapeuta/cliente refira-se ao componente do reforço natural na interação com o terapeuta, o qual pode proporcionar generalidade, versatilidade e intimidade. A inclusão deste componente incrementa os resultados positivos do tratamento, à medida que o terapeuta responde aos comportamentos dos clientes naturalmente, o que hipotetiza-se, gerar um efeito positivo sobre a interação entre os parceiros, devido a similaridade funcional das interações.

Considerando a similaridade funcional e que o terapeuta é parte do contexto de interações do casal, o terapeuta pode, por meio do aqui/agora da sessão “ensinar” quaisquer habilidades interpessoais à medida que responde às contingências em vigor, isto é, à medida que serve de modelo ou modela no aqui/agora os comportamentos dos parceiros, as quais passam a ser mais facilmente generalizáveis.

Portanto, o presente estudo se propôs a verificar o efeito da modelagem e da modelação dos comportamentos vulneráveis à punição emitidos por parceiros em tratamento com terapia analítico-comportamental para casais.

MÉTODO

Participantes

Terapeuta

A terapeuta do estudo é também a pesquisadora com formação analítico-comportamental, especialização em psicologia clínica e com experiência de cinco anos na aplicação da FAP.

Clientes

Participou da pesquisa um casal com indicação para psicoterapia analítico-comportamental na modalidade casal com procedimentos de aceitação integrados, mas sem histórico de violência doméstica como queixa (critério de exclusão). O casal foi selecionado por meio de atendimentos prévios (total de nove) com a terapeuta.

Os clientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por meio do qual autorizaram a coleta de dados e garantiram o sigilo das informações (Anexo A).

Os clientes eram cegos quanto à variável do estudo e às suas condições do delineamento experimental, porém, a terapeuta-pesquisadora tinha conhecimento de ambas informações.

Colaboradoras

Uma categorizadora, aluna do quarto ano de psicologia também com orientação analítico-comportamental, que passou por um treino em FAP oferecido pela pesquisadora de aproximadamente 8 horas. A categorizadora desconhecia a ordem e a qual condição da pesquisa pertenciam as sessões.

Duas transdutoras, alunas do quarto ano do curso de psicologia, ambas com orientação analítico-comportamental. As transdutoras foram orientadas a realizar as transcrições, conforme indicações do manual da FAPRS (que as distingue por *turns* dos falantes). No caso do presente estudo, este manual teve de ser adaptado, indicando qual falante se comportava, uma vez que se tratava de três falantes, a saber, a terapeuta, o parceiro A e o parceiro B (casal).

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o protocolo CAAE 26474814.6.0000.0102.

Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados:

Roteiro para conceituação de caso de Tsai *et al.* (2009) que abarca questões norteadoras para a formulação do caso baseado na FAP, bem como auxilia no planejamento das sessões seguintes. O Anexo B apresenta o roteiro já preenchido com a compreensão do caso clínico do casal participante do estudo - Rui e Vani.

Escala de categorização da *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS; Callaghan & Follette, 2008) para a categorização das sessões. A FAPRS é um sistema de categorização fundamentado na FAP e tem como objetivo a identificação e especificação dos componentes da mudança clínica (Anexo C).

Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC; Villa & Del Prette, 2012) – que consiste em 32 questões que tratam de situações vivenciadas na relação conjugal e o comportamento de um parceiro em relação ao outro. Este instrumento foi utilizado no início e ao final da pesquisa para a avaliação do repertório de interação do casal (Anexo D).

Materiais

Filmadora (Sony Modelo DCR-PJ5);

Notebook (Infoway Note W7410+SS Librix) ;

Programa Media Player;

Programa de estatística R Studio;

8 sessões gravadas em áudio e vídeo e transcritas.

Local

Foi utilizada uma sala de atendimento de uma policlínica onde trabalha a terapeuta-pesquisadora, conforme diagrama abaixo. As categorizações e supervisões aconteceram em local livre da interferência de terceiros, a fim de que as informações fossem mantidas em sigilo.

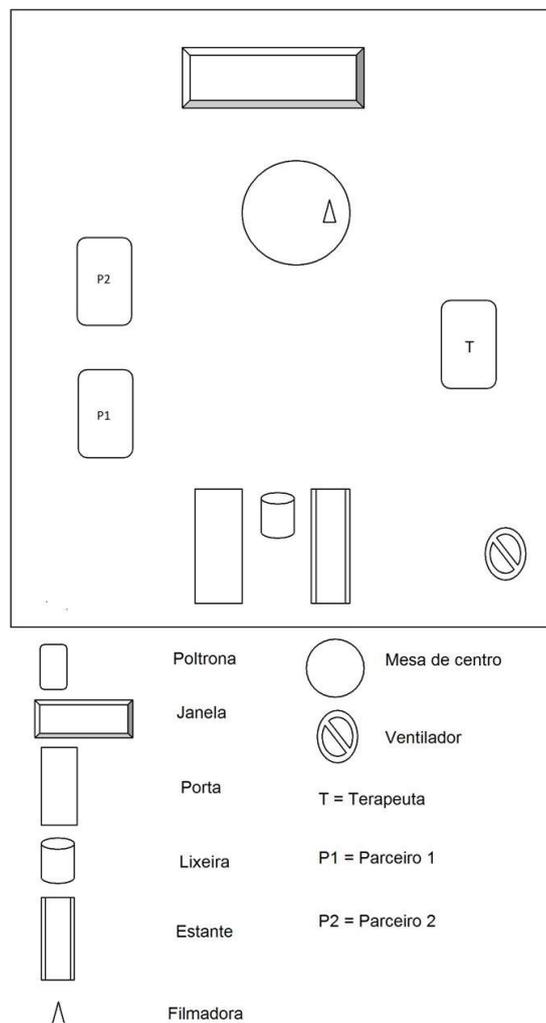


Figura 1. Diagrama da sala de atendimento

Procedimentos

Treino de categorizadores

A categorizadora passou por um treino que consistiu nas seguintes etapas:

1) Introdução à FAP e à FAPRS

Nessa etapa, um treinamento conjunto foi oferecido para vários graduandos que se inscreveram para colaborar em pesquisas. Foi realizada a explicação da Racional da FAP e uma breve explicação dos principais códigos da FAP: ECRB, O1, O2, CRB1, CRB2, TCRB e M, e com uma introdução à FAPRS como um instrumento para categorizar relações entre terapeuta e cliente. Por fim, foi realizada a apresentação dos projetos de pesquisas de processo em Terapia na Análise do Comportamento conduzidas por quatro mestrandos do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, com a finalidade de eleger os categorizadores para cada estudo e a partir disto, a referida categorizadora foi destinada ao presente estudo.

2) Leitura conjunta do Manual

Essa etapa consistiu na leitura do manual da FAP com a explicação de cada código do cliente e do terapeuta.

3) Categorização de sessão modelo

Nessa última etapa, a categorizadora e a terapeuta-pesquisadora categorizaram uma sessão após a explanação da conceituação do caso.

4) Aferição da Concordância interobservadores

Após a categorização da sessão modelo foi realizada a aferição de concordância, na qual houve divergência. O mesmo ocorreu com a segunda e terceira categorizações. A explicação para esta situação é que para o cálculo do *kappa* (k , Cohen, 1960), haveria a necessidade das observadoras usarem as mesmas categorias, a fim de não gerar variáveis diferentes. Porém, houve diferença nas categorias elencadas por uma e outra (por exemplo, a terapeuta-pesquisadora categorizou CRB3 e a categorizadora, CRB2), gerando variáveis diferentes que, por sua vez, impossibilitava o cálculo.

Como um meio para lidar com tal situação, realizou-se outra categorização e foram acrescentadas as categorias que faltaram (duas concordando e três discordando, a fim de evitar favorecer o coeficiente do *kappa*). Isto feito, foi realizado o cálculo do *kappa* (k , Cohen, 1960) que foi de 0,6 – valor considerado aceitável (Cohen, 1960), sendo, portanto, a categorizadora considerada apta para a tarefa.

Supervisões

A terapeuta/pesquisadora foi supervisionada e orientada em relação ao caso atendido, a fim de que fossem seguidas as diretrizes para cada condição do delineamento da pesquisa. A supervisora, também orientadora do presente estudo, foi uma terapeuta com mais de 20 anos em experiência clínica. A supervisão focou no

refinamento da conceituação de caso e no planejamento de intervenções terapêuticas distintas para as duas condições aplicadas no delineamento.

Categorização

As categorizações foram realizadas após a coleta de dados e foram norteadas pelo manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008). A colaboradora realizou as categorizações que se referiam aos códigos dessa escala e, a partir dessas categorizações a terapeuta/pesquisadora identificou dentre os CRBs2 aqueles que se referiram à subcategoria dos comportamentos de intimidade, nomeados CRB2I, a fim de garantir a confiabilidade do estudo. A categorização obedeceu a conceituação de caso apresentada no Anexo B.

Por se tratar de uma interação que envolvia três falantes, adotou-se o *lag* 6, no intuito de captar mais precisamente as interações de um indivíduo em relação ao outro.

Coleta de dados

No momento em que os parceiros iniciaram a pesquisa, assinaram o TCLE e responderam individualmente ao IHSC.

A coleta de dados foi realizada por meio de gravação audiovisual de oito sessões que foram realizadas semanalmente, porém, houve uma falta do casal entre as condições A2 E B2. As sessões foram todas conjuntas e tiveram em média 90 minutos. Todas as sessões foram gravadas e transcritas integralmente para posterior categorização.

Cada condição teve quatro sessões. Não foram necessárias sessões iniciais para o estabelecimento de vínculo, uma vez que o casal já estava em atendimento com a terapeuta/pesquisadora.

Ao final da última sessão os participantes responderam novamente ao IHSC.

Delineamento da pesquisa

Delineamento quase-experimental de caso único ABAB.

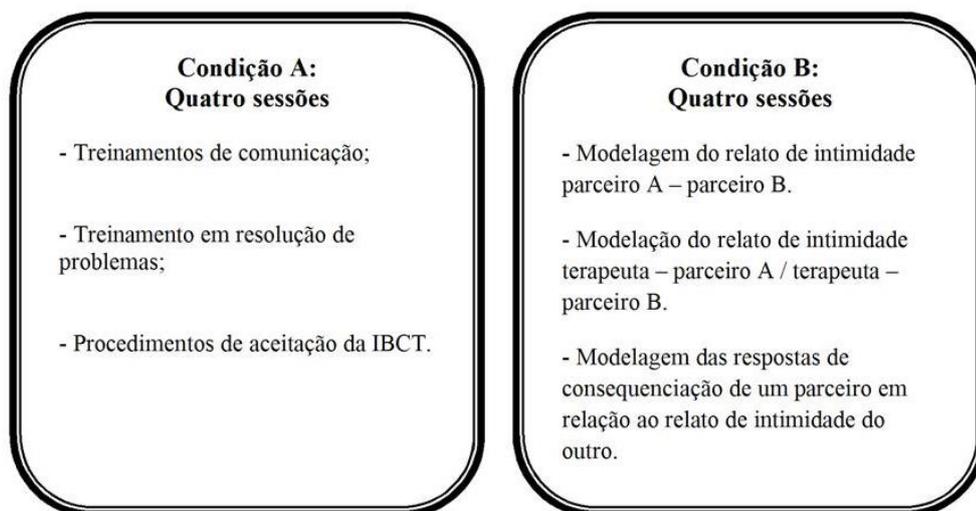


Figura 2. Delineamento da pesquisa

Condição A

Na condição A, foram realizadas quatro sessões e as intervenções da terapeuta consistiram em treinamentos de comunicação, resolução de problemas e procedimentos de aceitação da IBCT (Arias & House, 2007; Bonet & Castilla, 2007;

Bolsoni-Silva, 2008; Jacobson & Christensen, 1996; Cordova & Jacobson, 1999; Christensen, Wheeler & Jacobson, 2009; Dimidjian, Martell & Christensen, 2008).

Assim, nessa condição, a terapeuta poderia apresentar qualquer intervenção como as propostas pela literatura vigente: implementar treinamentos-padrão de comunicação e resolução de problemas, bem como procedimentos de aceitação emocional, porém não deveria emitir qualquer relato em que descrevesse pensamentos e sentimentos ou qualquer outro comportamento privado que pudesse ser considerado um comportamento vulnerável à punição.

A indicação para essa condição foi de que não houvesse procedimentos de modelagem direta, nem de modelação para os comportamentos de intimidade. Com isso, a terapeuta não responderia diretamente ao CRB1, nem sequer se valeria da relação terapêutica para modelar ou fornecer modelo desses comportamentos.

Exemplos de verbalizações da terapeuta da condição A:

Treinamento em comunicação: “Você está pedindo uma mudança de comportamento, que bom, é assim que o relacionamento pode melhorar, porque você informa o que espera do outro. Você chegou a dizer isso a ele? ... se sim, o que ele disse?” ... (dirigir-se ao esposo) “e o que você pensa do que ele falou?” (Bolsoni-Silva, 2008, p. 177).

Treinamento em resolução de problemas: “Muito bem, dessa forma a idéia é a de que, quando vocês fizerem *brainstorming*, apenas mencionem tantas soluções possíveis quantas possam imaginar, sem as avaliarem, de modo algum. A concepção é gerar idéias, e não se censurar mutuamente. Mesmo se uma delas parecer completamente absurda, vocês devem lançá-la. E ao fim do *brainstorming* vocês terão uma lista de soluções possíveis, e depois vão revisá-las e eliminar as que não

fazem sentido, conservando as que o fazem. Eu as escreverei. Posso participar também?” (Cordova & Jacobson, 1999, p. 565).

Procedimentos de aceitação emocional: “Como eu vejo essa discussão entre vocês dois recupera o tema que discutimos antes. Vocês dois lidam com a vida de modos diferentes (para Madeline). Você é muito analista, como dissemos, você é cientista. Você gosta de ter tudo preparado e organizado. Isso faz todo sentido levando em conta a sua bagagem e história. Eu entendo completamente que você quer ser pontual quando um compromisso é agendado; senão você fica muito frustrada. Eu também imagino que você fica muito envergonhada ou humilhada em aparecer atrasada em eventos. É verdade? (Madeline acena com a cabeça). No entanto, Stephanie (virando para a parceira), você se sente muito asfixiada com tanta organização. O que é mais importante para você é que a vida seja confortável e fluida. Você se sente muito amarrada com prazos e estrutura. Ter uma estrutura faz você se sentir controlada, como se fosse uma criança incapaz de ter uma mente própria (Stephanie diz: isso é completamente verdade). Você não se atrasa para irritar Madeline, e Madeline, não force pra chegar na hora só para controlar Stephanie. Vocês duas têm diferentes nessa situação. Em cada caso, vocês sentem-se vulneráveis nessas situações” (Dimidjian, Martell & Christensen, 2008, p. 87).

Condição B

Na condição B também foram realizadas quatro sessões e contemplaram as seguintes intervenções do terapeuta: a modelagem e a modelação especificamente de

relatos tipicamente puníveis.¹ A seguir será explicitado no que consiste a modelagem e a modelação de tais relatos.

- Modelagem do relato de intimidade parceiro A - parceiro B.

A terapeuta deveria reforçar natural e diferencialmente os comportamentos que pertencessem ou se aproximassem funcionalmente dessa classe de respostas. Esse procedimento deveria ser realizado no aqui/agora por intermédio da própria relação terapeuta/cliente.

- Modelação do relato de intimidade terapeuta-parceiro A / terapeuta-parceiro B.

A terapeuta deveria fornecer modelo de como emitir relatos de intimidade, isto é, a própria terapeuta deveria relatar aspectos considerados passíveis de punição. Como o procedimento citado acima, esse também deve ser realizado no aqui/agora da sessão por meio do relato da terapeuta de pensamentos e sentimentos desencadeados a partir dos comportamentos apresentados pelos parceiros na relação terapeuta/cliente.

- Modelagem das respostas de consequenciação de um parceiro em relação ao relato de intimidade do outro.

A terapeuta deveria reforçar ou prover oportunidades para que os parceiros reforçassem reciprocamente esses relatos.

¹ Para a efetividade de tais intervenções foi necessária a implementação de algumas estratégias previamente. Por exemplo, a esquiva de intimidade teve de ser enfraquecida, com a evocação de relatos de intimidade. Isso também foi feito aumentando o conforto com interações íntimas, tal como proposto por Mansfield e Cordova (2007).

Exemplos de verbalizações da terapeuta na condição B:

Modelagem de verbalizações de intimidade: parceiro A relata “eu sinto falta dela (parceiro B) e quero me aproximar, mas às vezes o que eu falo acaba afastando-a mais”. Terapeuta reage com compreensão e acolhimento e ainda pode dizer “Essa fase está sendo difícil para você, não é?”; “Como você está se sentindo agora, consegue me descrever?”. As verbalizações da terapeuta deveriam encorajar a continuidade de revelações do mesmo tipo, bem como estas verbalizações deveriam ficar sob controle do reforço natural dentro da sessão.

Modelação de verbalizações de intimidade: “Quando você age assim, eu me sinto mais próxima de você. Você não acha que se você dissesse isso para ela, ela não poderia sentir a mesma sensação de proximidade?”.

Modelagem das respostas de consequenciação de um parceiro em relação ao relato de intimidade do outro: parceiro A diz “esse período está sendo muito difícil para mim” e o parceiro B responde a esse comportamento com “você fala assim, mas não está tão difícil pra você! Quem está desempregado sou eu!”. A terapeuta pode relatar “eu percebo agora em você como está sendo difícil. Como você se sente quando (o parceiro B) te responde desta forma?”. Neste caso, a terapeuta utilizou do aqui/agora da sessão para fornecer a consequência adequada ao comportamento do parceiro A (tentativa de reforçamento de aproximação do parceiro A) e criou uma condição para que o parceiro B identifique o efeito de seu comportamento sobre o

parceiro A. A terapeuta também poderia ignorar o comportamento do parceiro B (tentativa de extinção).

A descrição detalhada dos procedimentos da terapeuta nas condições A e B podem ser encontradas no Anexo E.

Análise dos dados

Foram comparados os escores do IHSC antes do início do delineamento e após a oitava sessão, a fim de verificar se houve diferença significativa no repertório de habilidades interpessoais dos parceiros.

Com relação às categorias da FAPRS, foram analisadas as diferenças nas frequências absolutas entre as categorias nas condições A e B para ambos os parceiros, a saber: CRB1, CRB2, CRB2I (leia-se comportamentos de melhora exclusivos de intimidade) TCRB2 (leia-se a consequência fornecida pela terapeuta aos CRBs2 do parceiro), ECRB-CRB2 (leia-se ECRB seguido por CRB2, sejam relacionados ao comportamento de intimidade ou não) e ECRB-CRB2I (leia-se ECRB seguido por CRB2 de intimidade exclusivamente).

São apresentados a seguir exemplos de cada uma das categorias mencionadas. O Anexo B apresenta a conceituação de caso com informações sobre os CRBs de Rui e Vani.

CRB1

Exemplos de Rui:

R: Eu poderia ter falado pra ela, mas eu não falei porque eu realmente sabia que não ia adiantar. Mas eu realmente poderia ter falado (racionalizar). (CRB1)

R: (...) Mas a gente não consegue se relacionar como tem que ser (...) e daí eu fico pensando “por que eu não gosto de falar?” Não sei. Eu queria saber também (racionalizar). (CRB1)

R: (...) Mas o porquê desse bloqueio? (racionalizar) (CRB1)

T: R., enquanto a Vani fala, enquanto ela diz tudo isso, né, que tá sendo bem pesado/ V: Uhum/ T: Como que você se sente em relação a ela? Ou em relação ao que tá acontecendo aqui?

R: Tava tentando identificar algum sentimento diferente, mas, assim, na realidade, veio um pensamento tipo “por quê que é difícil pra ela?”... não sei, mas assim, não tem um, não consegui identificar um sentimento específico... é uma dúvida mesmo (racionalizar) (CRB1)

T: O que te incomoda?

R: Eu sou muito objetivo (evitar relatar eventos privados). (CRB1)

R: É que na maioria das vezes pra mim parece que não tem que ficar sentindo (evitar relatar eventos privados) (CRB1)

Exemplos de Vani:

V: É difícil, né (entrar em contato com sensações aversivas) (CRB1)

T: É difícil, mas você consegue tentar? Como que é pra você, enquanto você tá sentindo isso, assim, se percebendo, assim?(TCRB1)

V: Tô igual o Rui agora ((risos Rui)... Na verdade, é difícil de entender, assim, mas (CRB1)

T: Não precisa entender. Só sente (TCRB1)

ECRB-CRB2

Exemplo de Rui:

T: Rui, enquanto a Vani tava falando bastante, né, sobre o que tá, como tá difícil essa situação e do quanto é pesado, né, suportar tudo isso, eu vi que você tava quietinho, sei que você tá cansado, mas como que é pra você assim, quanto a Vani mostra, né, essa, o quanto tá pesado mesmo. Como que é pra você? Que que tá acontecendo aí dentro de você, enquanto você (vê) a Vani?(ECRB)

R: Não, não é confortável, né, vê ela assim. Aparentemente, ela não tava nesse nível, né. Não transparecia. Mas, é ruim, né, vê nossa esposa desabafando de um jeito assim. Na verdade, ela tava ali chorando, tal, eu tava tentando me perceber, né? Mas não consegui nada, né, tipo, não sei se é o cansaço ou o que (CRB2)

Exemplo de Vani:

V: Mas assim, a gente poderia fazer da seguinte forma. Você sabe que eu quero viajar, pra gente ter lazer. E você é todo detalhista e cuida dessa questão financeira, o que é certo. Você pode ver isso. Algo que você se sinta seguro, que a gente faça uma viagem, pra qualquer lugar que seja... (CRB2 – permitir que Rui seja ativo e que participe das decisões dela).

As categorias CRB2 e CRB2I encontram-se na mesma classe de respostas, entretanto, o critério utilizado para a categorização de um CRB2 como um CRB2I foi o de que o parceiro apresentasse/relatasse um comportamento que, em sua história de vida, fora punido (conforme informações obtidas para compor a conceituação do caso), o que sugere que sua emissão seria aversiva, caracterizando um comportamento vulnerável à punição.

O exemplo das falas de Vani, indica um CRB2, ao permitir a ação de seu marido, a qual era um comportamento-alvo para ela na terapia. Em contrapartida, quando Vani relatou estar se sentindo fraca, tal verbalização foi considerada um CRB2I, uma vez que, de acordo com sua história, demonstrações de fraqueza foram punidas e a emissão dessa resposta era ainda mais difícil de ocorrer, se comparada à primeira.

ECRB-CRB2I/ TCRB2

Exemplo de Rui:

T: E você, Rui, como você se sente quando a Vani se atrasa? Ou quando ela rebate aquilo que você está dizendo? (ECRB)

R: Ah, eu acho que ela não se importa, na realidade. Eu me sinto irritado e sinto que ela não dá importância. Não tá nem aí. Eu acho meio chato (entrar em contato com eventos privados e relatá-los).(CRB2I)

T: Não tá nem aí para aquilo que é importante pra você. Nesse sentido? (TCRB2)

Exemplos de Vani:

T: Eu percebi que você se emociona bastante né quando fala disso? E eu queria que você prestasse atenção no que você tá sentindo, assim. Enquanto você fala que tipo de sensação vem, que tipo de pensamento, sentimento?! E eu queria que o Rui também prestasse atenção no que você (risos) sente enquanto a Vani tá falando (ECRB)

V: (Choro) Ah eu me sinto fraca, entendeu?! É isso, eu me sinto, exatamente, eu sou fraca... Sem conseguir expressar... tipo, o meu eu, entendeu?! Eu me anulo

nesses momentos assim, daí eu me fecho, e é isso que eu não gosto, entendeu?! É isso (CRB2I)

T: Você se sente esgotada também? (ECRB)

V: Uhum, me sinto esgotada. Me sinto totalmente esgotada. Mas, acho que é bem isso mesmo, é o se permitir sentir, né? O sentir mesmo, não o, e daí, eu me cobro e, daí, tipo, parece que eu não tenho o direito de sentir essa fraqueza, entendeu? (CRB2I)

T: Consegue assim pensar o que que faz você não se permitir sentir fraca? Faz parte da nossa natureza humana, né? (TCRB2)

V: Pois é, não sei... Não sei (CRB2I)

T: Não tem problema. Por enquanto só se perceba isso, que eu acho que já é importante, sabe, Vani eu lembro que a gente conversou algumas sessões sobre isso, né, sobre o, às vezes, se sentir fraca e não querer ser cuidada (TCRB2)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados do IHSC

Rui apresentou poucas diferenças nos resultados pré e pós-teste, permanecendo inalteradas quatro das cinco habilidades (expressividade/empatia, autocontrole reativo, autocontrole proativo e conversação assertiva) e havendo piora em uma delas (autoafirmação assertiva). Diferentemente do padrão de Rui, Vani apresentou melhora em duas delas (expressividade/empatia e conversação assertiva), a mesma quantidade permaneceu sem alteração (autocontrole reativo e autocontrole

proativo) e houve piora em uma (autoafirmação assertiva). A seguir são descritas cada uma das habilidades e o desempenho dos parceiros em cada uma delas.

Expressividade/Empatia

Essa habilidade está relacionada a comportamentos de expressar compreensão, sentimentos, desejos e opiniões positivas (elogios, agradecimentos, bem-estar), bem como de conversação em situações cotidianas e livre de conflitos. É também neste item que se pode avaliar comportamentos de intimidade. No caso de Rui não houve diferença nos resultados pré-teste e pós-teste (pontos brutos 13 e 11 respectivamente) o que indica que essas habilidades precisam ser alvo de mais intervenções e que Rui apresenta dificuldades em apresentar comportamentos tidos como íntimos.

Nesta habilidade Vani passou de um repertório deficitário no pré-teste para mediano no pós-teste (pontos brutos 19 e 25 respectivamente), ou seja, após as oito sessões Vani aprendeu as habilidades citadas acima e indica que apresentou melhora em comportamento de intimidade.

Autoafirmação assertiva

A autoafirmação assertiva compreende comportamentos de expressar preferências, sentimentos e opiniões de maneira assertiva, em geral com a possibilidade de desagradar o cônjuge. Nesta habilidade Rui apresentou um repertório mediano no pré-teste (20 em pontos brutos), porém, deficitário no pós-teste (17 em pontos brutos), o que pode ter ocorrido devido o aprimoramento do autoconhecimento no decorrer das sessões, mas que também sugere que Rui

apresenta dificuldade em defender o respeito à sua individualidade, quanto a opiniões e direitos no contexto conjugal.

No caso de Vani houve uma inversão no resultado pré-teste e pós-teste (pontos brutos 30 e 24 respectivamente), pois na fase anterior à intervenção o resultado do teste indicou um repertório elaborado nessas habilidades, que indicaria a habilidade de Vani em defender sua própria individualidade, porém no pós-teste o repertório passou de elaborado para mediano. Esse item pode ter sofrido influência, assim como no caso de Rui, do autoconhecimento adquirido no decorrer das sessões.

Autocontrole reativo

O autocontrole reativo está relacionado à defesa de si mesmo em situações estressoras como críticas e brincadeiras em relação ao parceiro, estados emocionais alterados e problemas, preservando o relacionamento sem perder o controle. Nesta habilidade o repertório de Rui não apresentou diferença nos resultados pré e pós-teste, permanecendo mediano em ambos momentos (pontos brutos 9 e 12 respectivamente).

No caso de Vani o resultado também permaneceu inalterado se comparado o pré-teste com o pós-teste (pontos brutos 4 e 6 respectivamente), porém deficitário, ou seja, Vani apresentou dificuldade em defender-se diante de situações potencialmente estressantes (como críticas e brincadeiras do cônjuge), o que pode indicar dificuldade da cliente em manter o autocontrole e preservar o relacionamento.

Autocontrole proativo

Essa habilidade diz respeito aos comportamentos que auxiliam na manutenção de uma boa comunicação e entendimento entre os parceiros, bem como

percepção do outro, como a compreensão se o cônjuge está abalado emocionalmente, além de se fazer compreendido e aguardar a fala do parceiro. O repertório de Rui nesta habilidade também não se alterou nos resultados pré e pós-teste (pontos brutos 1 e 2 respectivamente), porém, diferentemente do autocontrole reativo que estava na média, o autocontrole proativo permaneceu deficitário.

O mesmo ocorreu com os resultados de Vani no pré-teste e pós-teste (pontos brutos 4 e 3 respectivamente) que se manteve em um repertório deficitário. Ambos os parceiros apresentaram déficit nesta habilidade, o que implica em dificuldades na comunicação, baixa percepção do parceiro, problemas para se fazer compreendido e inadequação na espera da fala do parceiro.

Conversação assertiva

A conversação assertiva diz respeito às habilidades de realizar pedidos ao cônjuge quanto a cumprimento de acordos e esclarecimentos, por exemplo, e de agir assertivamente discordando ou pedindo que o outro aguarde a fala, no sentido de garantir a reciprocidade de trocas no relacionamento do casal. Nesta habilidade Rui se manteve na média em ambos os resultados (9 em pontos brutos no pré-teste e 12 em pontos brutos no pós-teste) e Vani passou de um repertório mediano no pré-teste para um repertório elaborado no pós-teste (pontos brutos 12 e 15 respectivamente).

Escore total

O resultado do escore total assegura que Rui continuou deficitário em seu repertório de habilidades sociais conjugais com resultados abaixo da média (57 em pontos brutos no pré-teste e 60 em pontos brutos no pós-teste) e que Vani teve um

progresso, passando de um repertório deficitário no pré-teste para um repertório mediano no pós-teste (pontos brutos 77 e 84 respectivamente no pós-teste).

A Figura 3 apresenta o desempenho de Rui e de Vani em cada uma das habilidades do IHSC no pré e pós-teste.

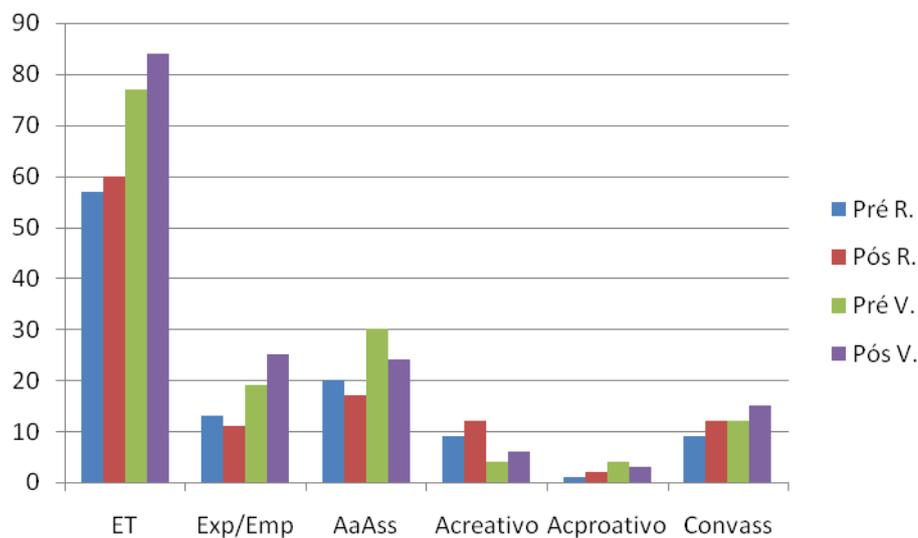


Figura 3. Resultados pré e pós teste de cada parceiro em cada habilidade do IHSC.

Pode-se observar que nos resultados deste inventário os membros do casal tiveram resultados distintos submetidos a mesma intervenção clínica, o que indica idiosincrasia na resposta ao tratamento.

No caso de Rui, a forma com que respondeu ao tratamento pode estar relacionada ao CRB1 de expressão/entrar em contato com eventos privados. Além disso, no início do tratamento Rui apresentava pouco autoconhecimento, e, no fim da oitava sessão estava relatando mais o que pensava e sentia, o que pode indicar melhora no autoconhecimento que, por sua vez, pode ter influenciado os resultados do IHSC. Em contrapartida, Vani, desde a primeira sessão, apresentava suficiente conhecimento de si e das variáveis que controlavam o seu comportamento, além de

sempre estar bastante atenta às orientações da terapeuta e tentar realizá-las fora da sessão.

Resultados das condições A e B

O objetivo deste trabalho foi verificar o efeito da modelagem e da modelação de intimidade nos comportamentos de um casal submetido a uma terapia comportamental. Para isso, foi questionado se haveria diferenças entre tratamentos-padrão como os treinos de comunicação e solução de problemas, agregados a estratégias de aceitação e um tratamento focado na modelagem e na modelação da intimidade dos parceiros e deles com a terapeuta no aqui/agora da sessão de terapia.

Foram realizadas oito sessões de terapia de aproximadamente 90 minutos, com um total de 3630 verbalizações da tríade. Desse total, 1165 verbalizações foram da terapeuta, 1216 de Rui e 1249 de Vani. O número de verbalizações variou de uma sessão para outra, considerando que dependendo da sessão as falas eram mais ou menos extensas. A condição A teve um total de 2.016 *turns* e a condição B de 1.614. Com esse dado, pode-se inferir que a condição B contemplou falas mais longas, com aprofundamento em reflexões da interação do casal ou do comportamento-problema de cada parceiro e maiores períodos de silêncio/choro.

Durante a sessão com Rui e Vani foram analisadas as diferenças entre as categorias nas condições A e B, a saber: CRB1, CRB2, CRB2I (leia-se comportamentos de melhora exclusivos de intimidade) TCRB2 (leia-se a consequência fornecida pela terapeuta ao CRB2 do parceiro), ECRB-CRB2 (leia-se ECRB seguido por CRB2, sejam relacionados ao comportamento de intimidade ou não) e ECRB-CRB2I (leia-se ECRB seguido por CRB2 de intimidade exclusivamente). A seguir cada uma das categorias será discutida individualmente.

A Figura 4 apresenta as seqüências de categorias analisadas em relação a cada parceiro nas diferentes condições. Essas seqüências serão apresentadas e discutidas individualmente.

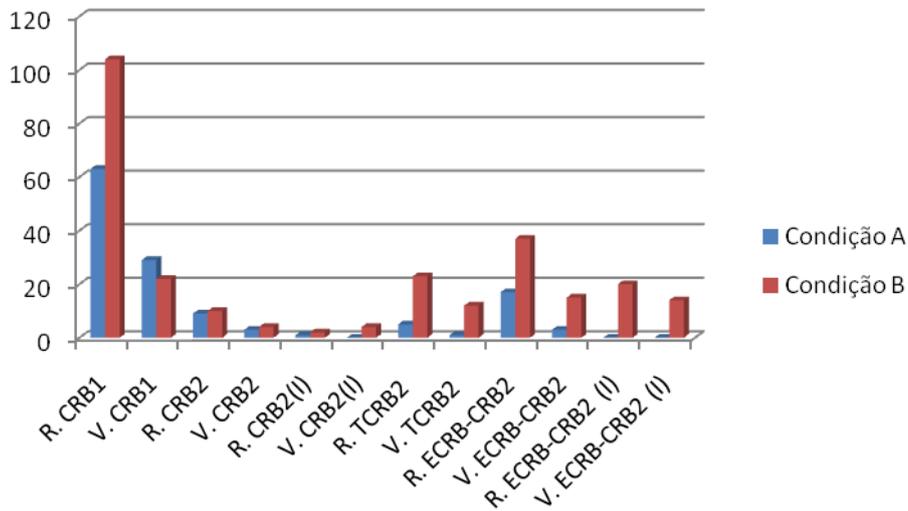


Figura 4. Diferenças entre as categorias analisadas para cada parceiro nas condições A e B.

Em primeiro lugar, com relação aos comportamentos-problema dos clientes (CRB1), percebe-se um padrão diferente para cada um dos parceiros, conforme exposto na Figura 5.

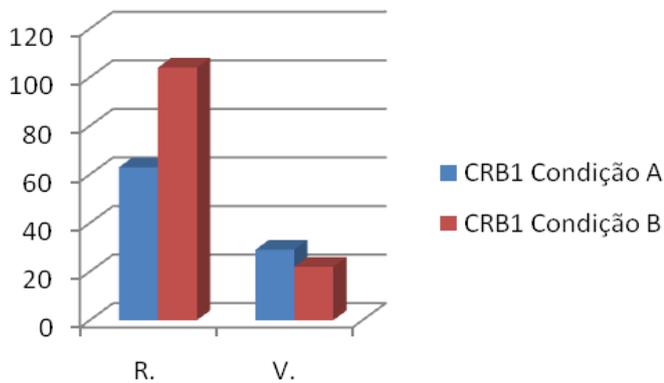


Figura 5. Frequência de CRB1 de cada parceiro nas condições A e B.

No caso de Rui, os CRBs1 tiveram aumento na condição B, o que pode ser explicado pela característica do CRB1 de Rui – relacionado à esquiva de questionamentos da terapeuta, principalmente quando se tratava de entrar em contato com eventos privados. Na condição B, esse tipo de questionamento estava mais presente, o que pode ter ocasionado um aumento de CRBs1. Segundo Kohlenberg, Kohlenberg e Tsai (2011) uma ocasião para a autorrevelação pode ser aversiva o que aumenta a chance de comportamento de fuga/esquiva. Algo semelhante pode ter ocorrido com relação ao comportamento de Rui: uma condição que indicava entrar em contato com eventos privados aumentou a probabilidade de esquivar-se.

Outra possível explicação para o aumento de CRB1 de Rui na condição B pode ir ao encontro dos resultados de Popovitz (2013) que observou que interações com confrontação fizeram aumentar o CRB1, talvez em decorrência de mais oportunidades de evocação. Ou seja, a condição B pode ter tido maior poder evocativo para o CRB1 de Rui, uma vez que os questionamentos acerca de seus eventos privados foram mais frequentes nessa condição, podendo ter função semelhante à da confrontação. A análise de probabilidade transicional indicou que, dado um ECRB, a probabilidade de ocorrer um CRB1, foi de 64% (considerando ambos os parceiros).

Além disso, possivelmente houve idiosincrasia com relação ao tratamento, indicando que quando os protocolos são aplicados para o casal, o comportamento individual pode ficar menos evidente. Esse talvez seja um dos motivos pelos quais alguns pesquisadores (Sher, 2012; Benson, McGinn & Christensen, 2012) sugeriram a aplicação de princípios básicos para qualquer tipo de terapia de casal, em detrimento de manuais específicos para assuntos peculiares.

Diferentemente de Rui, Vani teve um decréscimo de CRB1 na condição B, se comparado à condição A. No caso da parceira, seus CRBs1 estavam relacionados a não se permitir estar/parecer vulnerável, bem como envolvia uma topografia de eficiência que, por vezes, poderia impedir a ação de Rui. A condição B foi evocativa para os comportamentos de evitar estar/parecer vulnerável, fornecendo condições para a emissão de CRB2, porém como a característica dessa condição não era diretamente relacionada à solução de problemas (o que poderia ser evocativa para a topografia de eficiência), essa pode ser a explicação para o decréscimo de CRB1.

Pode-se admitir também uma hipótese relacionada aos protocolos de atendimento, que diz respeito à classe de estímulos que estava controlando o comportamento da terapeuta. Na condição A, a terapeuta estava sob controle dos treinamentos de comunicação e solução de problemas que envolviam diretamente os comportamentos emitidos fora do ambiente terapêutico (Os). Diferentemente, na condição B, a terapeuta estava sob controle dos comportamentos emitidos no aqui/agora da sessão, modelando diretamente os comportamentos-problema (CRB1) em vez do relato deles (O1). É possível relacionar essas informações ao fato de que os comportamentos aprendidos e emitidos por meio das estratégias de treinamento em habilidades sociais (condição A) são funcionalmente diferentes daqueles apresentados no cotidiano do cliente, apesar de topograficamente similares (Kohlenberg & Tsai, 2004) e, portanto, pouco evocativos do comportamento problema (de Rui especialmente). O contrário possivelmente tenha ocorrido na condição B, a qual teve aumento de CRBs1, indicando maior similaridade funcional e poder evocativo.

Cabe destacar também uma característica peculiar do tratamento de casais com FAP. Como se trata de uma relação que envolve três falantes, o CRB2 de um,

pode ter função evocativa para o CRB1 de outro, isto é, as propriedades de estímulo podem variar mais do que quando há somente dois (o terapeuta e um cliente). Isto torna o manejo mais difícil, muitas vezes, pois não se trata apenas da interação do terapeuta com o seu cliente, mas sim da interação do terapeuta com cada parceiro e da interação entre os próprios parceiros. Um exemplo destas interações está descrito abaixo.

T: E se eu te perguntar assim: isso como a Vani se portou agora, aqui na sessão mesmo te traz um, te dá a sensação de querer se afastar, de não querer se aproximar?

R: Não, vontade de pegar no colo, vem aqui.

V: Pois é, é isso que eu não quero.

T: Qual que é o problema? (risos).

V: É isso que... por quê que tem que ser, aí, de pegar no colo? Não quero isso, entendeu?

Nesse caso, o parceiro estava emitindo um CRB2, manifestando acolhimento e afeto, ao que a esposa responde com uma verbalização que parece ter função punidora, situação que seria pouco provável se houvesse apenas a terapeuta e o cliente.

A próxima categoria diz respeito à melhora dos parceiros (CRB2), conforme apresentado na Figura 6. Esta categoria diz respeito a qualquer comportamento de melhora que não foi seguido da categoria ECRB, mas que foi seguido, geralmente, de falas do parceiro ou de uma consequência fornecida pelo terapeuta (TCRB).

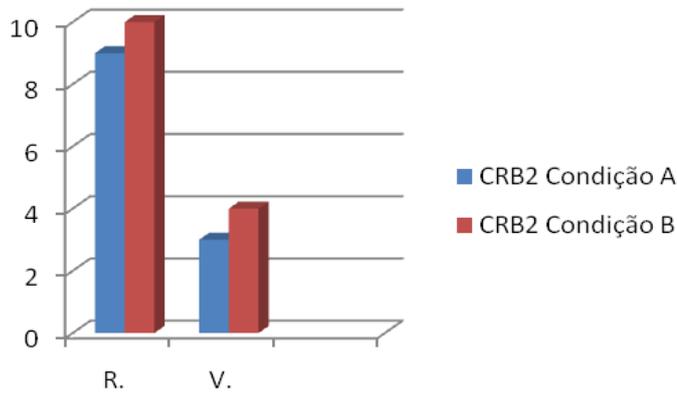


Figura 6. Frequência de CRB2 de cada parceiro nas condições A e B.

Pode-se perceber que ambos os parceiros tiveram aumento global de CRBs2 na condição B, apesar de também bastante presentes na condição A. Ou seja, a condição A, que compreendia estratégias-padrão de comunicação e solução de problemas agregadas a estratégias de aceitação, foi evocativa para os comportamentos de melhora dos parceiros. Por meio dessas estratégias a terapeuta fornecia instruções ou então indicava como os comportamentos dos parceiros poderiam ser diferentes, o que fazia com que os clientes observassem atentamente o efeito do seu comportamento sobre o comportamento do seu parceiro. Além disso, a condição A proporcionou que os parceiros pudessem se comunicar de maneira mais efetiva.

Em ambas as condições (A e B), nas ocasiões em que apareceu um CRB2 sem ser seguido diretamente de um ECRB, eram casos em que geralmente houve um processo de modelagem, isto é, a terapeuta evocou um CRB, o cliente emitiu um CRB1, a terapeuta consequenciou esse comportamento-problema (TCRB1) e posteriormente o cliente emitiu um CRB2, evidenciando o processo citado. As transições CRB1-TCRB1, TCRB1-CRB2 e TCRB1-CRB2I foram de 50%, 11% e 9% respectivamente, considerando as condições A e B.

No caso da condição A os CRBs2 ocorreram frequentemente em treinos de comunicação e solução de problemas quando Vani, por exemplo, conseguiu expressar adequadamente seu sentimento sem acusar Rui ou então quando deu oportunidade para Rui tomar uma decisão. Já no caso da condição B, os CRBs2 e CRBs2(I) eram geralmente emitidos após um processo de modelagem direta (uso do aqui/agora) realizado por meio da relação terapeuta/cliente, isto é, a terapeuta passou a fazer parte do contexto de interações do casal e, com isso, em vez de ensinar como os parceiros deveriam se comportar, ela modelou tais comportamentos, favorecendo um contexto para essas interações na sessão (Dimidjan, Martell & Christensen, 2008).

Nas duas condições também houve situações em que o CRB2 ocorreu após a fala do parceiro, conforme exemplo abaixo (ocorrido na condição A durante um procedimento de solução de problemas):

T: Ótimo. Em que condições vocês pensam em viajar? Porque vocês não vão viajar hoje, certo? Não são as condições de hoje dia primeiro de setembro.

V: Não.

R: Mas teoricamente quando você vai comprar um pacote você tem que definir uma data né?

V: Então, entendeu? É uma motivação.

R: Então, tem que fazer uma poupança ou alguma coisa assim./V: Então./ Mas você já viu...

V: Mas assim, a gente poderia fazer da seguinte forma. Você sabe que eu quero viajar, pra gente ter lazer. E você é todo detalhista e cuida dessa questão financeira, o que é certo. Você pode ver isso. Algo que você se sinta seguro, que a

gente faça uma viagem, pra qualquer lugar que seja...(CRB2 – permitir Rui agir/decidir)

Exclusivamente com relação aos comportamentos de melhora de intimidade, a saber, CRB2I, percebe-se, por meio da Figura 7, que a condição B foi a condição que mais evocou o comportamento de intimidade dos parceiros com a terapeuta ou entre os parceiros.

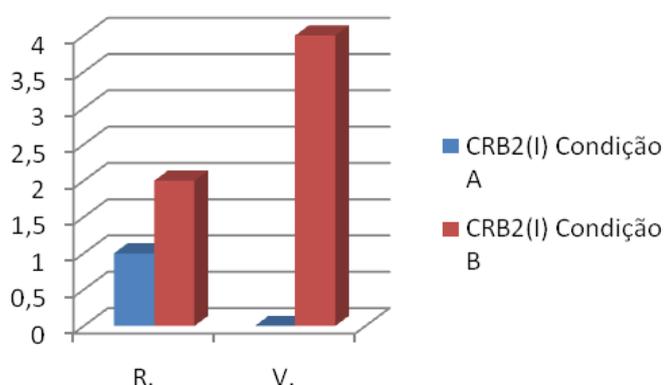


Figura 7. Frequência de CRB2I de cada parceiro nas condições A e B.

A condição A evocou um único comportamento de intimidade de Rui em uma ocasião em que a terapeuta questionou o que Rui estava pensando acerca das verbalizações entre a terapeuta e Vani, nas quais estavam tratando das diferenças nos padrões comportamentais de cada parceiro. Esse é um caso em que mostra um momento em que a terapeuta não seguiu rigidamente as condições propostas pelo estudo, uma vez que fez uso da modelagem e da modelação na condição em que isso não deveria ocorrer. Apesar disso, fica clara a diferença entre a emissão de CRB2I nas diferentes condições. Uma explicação para essa diferença pode estar relacionada ao poder da modelagem no aqui/agora da sessão, uma vez que diversas vezes em que

ocorreu um CRB2I foi em uma sequência ECRB-CRB1-TCRB1-CRB2I, o que indica a modelagem do comportamento, como argumenta Busch *et al.* (2009) ao demonstrar os efeitos do mecanismo de mudança proposto pela FAP por meio do processo de modelagem do comportamento do cliente em sessão. A análise de probabilidade transicional indicou que a relação de dependência entre CRB1-TCRB1 foi de 30% na condição A e de 65% na condição B. Para a transição entre TCRB1-CRB2, foi de 17% na condição A e de 8% na condição B e de TCRB1-CRB2I foi de 12% na condição B, não tendo havido essa sequência na condição A.

Esse dado também vai ao encontro da regra 2 da FAP (evocar CRBs), pois pressupõe-se que a relação terapeuta/cliente deveria evocar CRB1 e estabelecer condições para o desenvolvimento de CRB2, isto é, a relação terapeuta/cliente evocaria o CRB1 de evitação da intimidade (Kohlenberg & Tsai, 2004), mas fornece condições para que comportamentos de aproximação sejam apresentados.

Assim, pode-se inferir que para o comportamento de intimidade, estratégias focadas na relação terapeuta/cliente podem ser mais eficazes se comparadas às estratégias-padrão. Segundo Diamond (2014), alguns estudos indicam que o relato de emoções vulneráveis primárias e necessidades de apego estão associadas a mudanças positivas nas interações. Na condição B deste estudo, esse tipo de relato de emoções esteve mais frequente, o que pode também explicar parte do aumento de CRB2 e CRB2I, sugerindo melhora nas interações do casal.

A sequência ECRB-CRB2 diz respeito à evocação de quaisquer comportamentos de melhora, sejam aqueles relacionados à intimidade ou não, conforme apresentados na Figura 8.

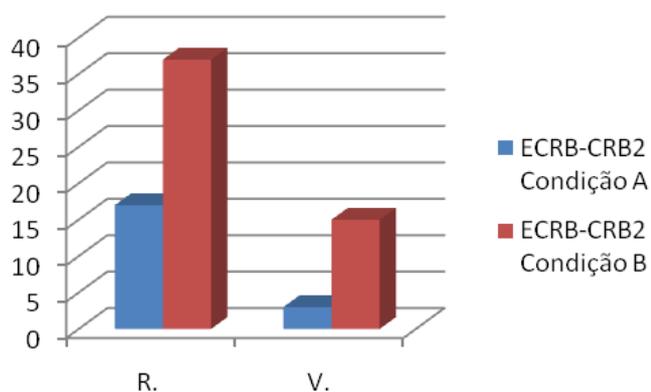


Figura 8. Frequência da sequência ECRB-CRB2 de cada parceiro nas condições A e B.

É possível observar que ambas as condições (A e B) evocaram CRBs2. Esse dado sugere que tanto a condição A, que abarcou estratégias-padrão como treinos de comunicação, solução de problemas e estratégias de aceitação, como a condição B com a modelagem e a modelação, foram evocativas para comportamentos de melhora dos parceiros. Contudo, na condição B, essa sequência teve maior frequência para ambos os parceiros, conforme indicou a análise de probabilidade transicional: na condição A, a probabilidade de um ECRB preceder a categoria de CRB2 foi de 25%, enquanto para a condição B, a probabilidade foi de 16% para o CRB2 e 26% para o CRB2I.

Segundo Tsai *et al.* (2010) um terapeuta que é genuíno e capaz de focar nas sutilezas das reações do cliente a seu comportamento, tem mais probabilidade de evocar CRBs, conforme a regra 2 da FAP. A implementação desta regra, usando o terapeuta a si mesmo como instrumento de mudança é central na prática da FAP, porém, agir desta forma geralmente não é confortável para o terapeuta, uma vez que requer dele a coragem de trazer estimulação aversiva condicionada para o comportamento-problema do cliente, o qual deve enfraquecer ao longo do tempo, possibilitando o CRB2.

Os treinamentos-padrão de comunicação e solução de problemas evocaram CRBs2 em cada parceiro, à medida que eles conseguiam se expressar e resolver o conflito sem agredirem o outro, conforme observa-se no exemplo abaixo:

T: Exatamente. E como vocês acham que pode mudar isso. Porque isso facilitaria em vocês resolverem os problemas. O que cada um pode fazer de diferente?

(...)

V: Eu acho que eu tenho que ser mais amena na forma como eu falo com ele.

T: Vamos pensar na forma em que você fala hoje. Quando falamos no “pressionar”.

V: Assim, é que nem como eu já falei... Eu tô bem chateada com essa questão e eu não consigo muito mais me controlar de que forma falar pra ele que é importante pro casamento, pra nossa vida. Pra priorizar as viagens, pra ele se sentir seguro e que ele capaz. Eu já falo, “ah, você não acredita”. Entendeu?

T: Ótimo. O que que você tá dizendo agora se resume no que?/ V: Acredita em você./ Não parece assim de colocar no outro algo. Parece que você diz “faça de tal jeito” ou “se você não fizer”, mas não coloca o que você sente e o que você acha.

V: Exatamente. Eu acho que é importante pro casamento. Parar com essas coisa de somente dinheiro, dinheiro, dinheiro. Dinheiro não é tudo. A gente pode morrer amanhã. Porque pode né? Pode bater o carro. O cara lá caiu do avião, tentava ser presidente. E aí você se limita, e tem que ter tudo planejado. Eu também me limito, eu também me preocupo. Já dei aqui alguns relatos que eu também preciso sentir segurança, então jamais faria uma coisa que meu Deus, seria o fim do mundo. (...) A gente tem que viver. Viver nós dois, viver nosso casamento e curtir mais nós dois.

T: Vocês conseguem perceber a diferença de emoção de um momento e de outro? Agora vou passar pro Rui... Você consegue perceber a diferença de, como que eu vou dizer, de emoção mesmo de um momento e de outro da Vani falando? Como chega em você? É da mesma forma? De tudo isso que ela falou agora e de como ela tava falando antes. O impacto em você é o mesmo?

R: Não. Não é.

T: Porque assim, uma das formas, Vani, de expressar o que você quer... E eu vejo o quanto você quer isso, e vejo que o Rui também vê isso. É dizer pegando o sentimento mais ameno. Porque você se sente irritada, mas tem outros sentimentos por trás disso. Por trás dessa “mesmice”...

V: Sim. É uma falta de perspectiva.

T: Você percebe como é diferente quando você tá falando com raiva com o outro e quando você tá falando sobre as tuas frustrações em relação aos seus sentimentos?

V: É. Exatamente quando uma criança fica brava e nem ela sabe porque tá dando “chilique”.

A sequência de categorias específica do comportamento de intimidade, a saber, ECRB-CRB2I pode ser observada na Figura 9.

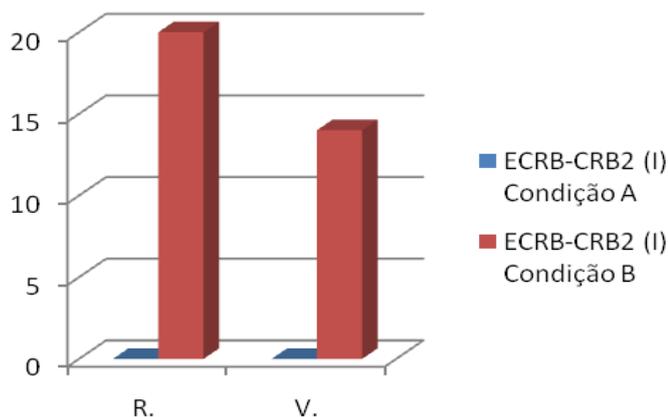


Figura 9. Frequência da sequência ECRB-CRB2I para cada parceiro nas condições A e B.

Nota-se que na condição A este comportamento não ocorreu antecedido por um ECRB, o que pode evidenciar que as condições propostas pelo estudo foram seguidas apropriadamente.

Alguns exemplos desta sequência serão expostos a seguir:

T: Enquanto você fala disso, enquanto você tá falando sobre essa dificuldade, você sente o desconforto presente?

V: Sim.

T: Então, acho que agora é o momento de você poder prestar atenção nele.

V: No desconforto?!

T: Em vez de tentar resolver essa situação toda de “ah, de novo a gente tá discutindo sobre isso”. Presta atenção no que tá acontecendo e tenta viver com ele, que esse desconforto vai tá presente. Você consegue fazer isso?

V: É (risos) Então, na verdade, isso que eu tenho me percebido. Eu sempre tento fugir do desconforto. Eu não sei se só eu ou se todo mundo faz isso.

T: É muito ruim mesmo, né? Mas você percebe, assim, o quanto isso faz um movimento de que parece que você quer resolver algo, quando, na verdade, vocês tão caminhando pra uma resolução. Vocês estão juntos nisso, só que o fato só de

voltar ao assunto já parece que “ai, não, não resolveu”. E é esse desconforto que parece que pega aí dentro da Vani/ V: Exatamente. / T: Acho que é o momento de você prestar atenção nele. Pára, pensa sobre ele, viva com ele. Agora, eu to falando agora mesmo assim. De você deixar ele ali, ele tá ali, deixa ele mexer um pouquinho, em vez de você tentar resolver ele.

V: Deixa ele, deixa ele aparecer, né?

T: Isso.

V: É difícil, né?

T: É difícil, mas você consegue tentar? Como que é pra você, enquanto você tá sentindo isso, assim, se percebendo, assim?

V: Tô igual o Rui agora (risos Rui)... Na verdade, é difícil de entender, assim, mas.

T: Não. precisa entender. Só sente.

Pode-se supor que os procedimentos de modelagem e a modelação dos comportamentos de intimidade dos parceiros foram evocativos para os comportamentos de melhora, especificamente para a variável sob observação neste estudo (comportamento de intimidade), isto é, à medida que os parceiros apresentaram um comportamento de intimidade, conforme definido por Cordova e Scott (2001) sem a apresentação da punição, esse repertório passou a ser emitido em maior frequência sendo, portanto, passível de modelagem direta. Conforme citam Kohlenberg, Kohlenberg e Tsai (2011) no caso da psicoterapia o comportamento de intimidade tem condições adequadas para ser apresentado, modelado e reforçado, pois a relação terapeuta/cliente tem maior número de respostas reforçadoras do que punitivas em relação a essa classe.

A intimidade se refere a um repertório interpessoal que abarca a revelação dos pensamentos ou sentimentos que tem como consequência um estado de conexão, apego e proximidade em relação a outra pessoa (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2011; Tsai *et al.*, 2012). Esse conceito de intimidade vai ao encontro de momentos em que a terapeuta forneceu modelo deste comportamento, conforme trechos a seguir:

Exemplo 1:

R: (...) Eu sempre pensei que quem vai no psicólogo é quem tem cabeça fraca. Preconceito mesmo. E eu penso: nossa, tá fazendo bem e tudo. Mas lá no fundo ainda fica um pensamento de como eu sou fraco, como eu era fraco. Essa exposição parece não ser muito confortável.

T: E de fato, muitas pessoas pensam isso. E eu concordo em partes com você Rui, que não é fácil. Primeiro, vim pra mostrar uma coisa sua pra alguém que você não conhece. Agora tá, faz umas dez, doze sessões que a gente tá junto. Vocês me conhecem um pouco, eu conheço vocês. Mas eu imagino que ainda seja difícil e desconfortável. E eu concordo completamente com você, que é extremamente desconfortável. Mas você dizer pra mim: “Olha A., não é fácil estar aqui”. É um passo de cada vez. É um ganho e eu acho que é um ganho bem importante mesmo. (...) expor algo pra alguém, e nem só pra mim, acho que pra Vani também que não conhecia essas partes suas né? É difícil mesmo. Mas o impacto que tem em mim é realmente... Vou dizer a mesma coisa que eu disse pra Vani, quando ela falou: “ah não gosto muito disso, porque eu me sinto desconfortável, me sinto fraca”. E eu falei: eu me sinto tão mais próxima de você quando você tá dizendo isso. E é exatamente o mesmo que sinto quando você me diz: “A., não é legal ta aqui. É

difícil. É desconfortável”. Mas eu sinto como você chegando perto de mim. E eu tentando me aproximar mesmo (...).

Exemplo2:

V: É isso que... por quê que tem que ser, aí, de pegar no colo? Não quero isso, entendeu?

(...)

T: Engraçado, né, porque justo o que a gente tá tentando fazer aqui na sessão, desde quando vocês chegaram, é ter uma aproximação íntima, né? (...) E eu concordo com o Rui que é a sensação de querer abraçar, de querer tá junto... O que me parecia até mais, assim... puxa, sofrendo junto, sabe? E eu não vejo um problema em querer tá junto, em quere falar “nossa, tá difícil, vamo caminhar junto”. E você tá me dizendo “não quero isso” (T. ri).

Conforme já mencionado, para ser naturalmente reforçador na sessão, é importante que o terapeuta se conecte de forma autêntica com seu cliente, sem evitar a intimidade, o desconforto, sentimentos intensos e a possibilidade de riscos desenvolvidos na relação terapêutica (Kohlenberg *et al.*, 2012). Para isso, o terapeuta pode compartilhar, expressar-se, fazer autorrevelações ou amplificar reações ao comportamento do cliente.

Com relação a esses comportamentos do terapeuta, Tsai *et al.* (2010) afirmam que as interações mais intensas e íntimas ocorrem geralmente quando os clínicos aprimoram sua autoconsciência e usam suas experiências privadas (pensamentos e sentimentos) de maneira terapêutica com cada cliente para promover CRB2.

O excerto acima mostra algumas dessas ações realizadas pela terapeuta do estudo, demonstrando também o uso do reforçamento natural (Tsai, Yard &

Kohlenberg, 2014). Para que isso ocorresse foi necessário que a terapeuta também entrasse em contato com respostas de vulnerabilidade servindo, assim, como modelo deste repertório, pois, como descrevem Tsai, Yard e Kohlenberg (2014) é difícil para o terapeuta reforçar comportamentos de melhora de abertura e vulnerabilidade se o próprio terapeuta estiver se esquivando disto.

A próxima sequência trata da consequência fornecida pelo terapeuta a quaisquer comportamentos de melhora dos parceiros, CRB2 ou CRB2I, nomeada TCRB2. Essa sequência foi especificada primeiramente considerando o total de ocorrências de CRBs2 de ambos os parceiros e a proporção de TCRBs do terapeuta nas duas condições. Na condição A e B, foi considerada a proporção de TCRBs2 em relação ao total de CRBs2 dos dois parceiros e, após, a proporção de TCRBs2 em relação ao total de CRBs2 de cada parceiro .

Considerando o total de ocorrências de CRBs2 para ambos os parceiros nas diferentes condições, a terapeuta consequenciou esses comportamentos em 41,8% das vezes. Na condição A, essa consequência se referia a 18,7% do total de ocorrências de ambos os parceiros. Especificamente em relação ao comportamento de Rui nessa condição, a terapeuta forneceu consequência aos seus comportamentos de melhora em 19,2% das vezes e para o comportamento de Vani em 16,7% das ocorrências.

Em um total de ocorrências de CRBs2 para ambos os parceiros na condição B, as categorias de TRCB2 se referia a 53% delas. Considerando todas as vezes que Rui apresentou um comportamento de melhora, a terapeuta consequenciou em 48,9% e com relação a Vani em 63,1%. A partir desses dados, pode-se afirmar que a consequência fornecida aos comportamentos de melhora dos clientes esteve mais

presente na condição em que a terapeuta estava sob controle do aqui/agora da sessão, isto é, dos CRBs2, do que na condição em que foram implementadas estratégias como o treinamento de comunicação e solução de problemas, nas quais o foco predominantemente estava sobre os relatos de melhora (O2).

A partir desses dados, infere-se que a forma como a terapeuta consequenciou o comportamento dos parceiros parece relacionada a sua melhora, conforme argumentam Callaghan, Naugle e Follette (1996; Kohlenberg *et al.*, 2012; Kohlenberg *et al.*, 2004). A mudança comportamental na psicoterapia é um efeito da consequência que o terapeuta fornece ao comportamento do cliente, isto é, do reforçamento contingente de comportamentos alternativos que deve ser imediato para maior resultado, planejado consistente e estrategicamente, e utilizando o reforçamento natural, o qual se dá à medida que o terapeuta fica sob controle do comportamento do cliente apresentado no aqui/agora da sessão (Rosenfarb, 1992). Considerando que na condição B, o comportamento da terapeuta esteve aparentemente controlado pelo que ocorria no aqui/agora da sessão, pode-se inferir que o uso do reforçamento natural esteve mais presente.

De acordo com a matriz de transição, a probabilidade de um CRB2 ser seguido de um TCRB2 na condição A foi de 16%, enquanto que, na condição B essa probabilidade aumentou para 31% para o CRB2 e 65% para o CRB2I. No caso em que o TCRB2 precedeu o CRB2, a probabilidade da transição na condição A, foi de 17% e na condição B, foi de 6% para o CRB2 e 23% para o CRB2I.

Cabe destacar aqui que, quando o foco do terapeuta não está no momento presente da sessão, as reações do terapeuta aos comportamentos dos clientes tornam-se secundárias e os relatos de eventos externos e interpretações acerca dos

comportamentos tornam-se prioridade na terapia (Callaghan, Naugle & Follette, 1996). Isso pode explicar a diferença de TCRB2 nas duas condições.

A forma como a terapeuta consequenciou esses comportamentos variou dependendo da ocasião. Em algumas situações a terapeuta consequenciou validando o sentimento presente, por exemplo dizendo o que sentiu se colocando no lugar do parceiro (“quando a Vani falou eu me senti acuada, completamente acuada. Me colocando no teu lugar eu me senti sem alternativa”) outras vezes, promovendo aceitação de estimulação aversivas, questionando sobre impressões do parceiro em relação àquele que emitiu um CRB2 e ainda, relatando eventos privados. Segue um exemplo de consequência fornecida pela terapeuta ao CRB2 de intimidade da cliente Vani.

V: Ah, eu acho que é meio frustrante, entendeu? Cê tem que, ah, aí que tá, que o que é difícil pra mim é a minha vontade, o meu desejo e eu choro (choro Vani.) (...) Eu quero que as coisas aconteçam mais rápido, entendeu? É isso que eu fico, que, daí, eu tento controlar isso, porque racionalmente não existe uma forma de as coisas acontecerem sem você passar por isso. Racionalmente, entendeu? (Assim), logicamente. Ma, aí, o meu desejo, a minha vontade é de fazer tudo, tipo, entendeu? Daí, eu quero correr com tudo, eu quero que as coisas aconteçam, que as coisas aconteçam rápido, e não existe isso

T: E, às vezes, acaba que você passa por cima do que você tá sentindo, né, Vani? /V: Exatamente /T: E isso se torna mais intenso, acaba se tornando mais intenso. Eu imagino que deve tá sendo difícil pra você sentir tudo isso que você tá sentindo agora / V: Sim / T: E eu sei que é difícil e dá pra perceber o quanto pesa, mas isso também faz parte da resolução / V: Pois é. / T: E se permita se sentir assim.

V: *É, na verdade, eu não gosto de me sentir assim, eu odeio me sentir assim, entendeu? Daí, eu até tava pensando essa semana “ai, eu to tão, ai, to tão agitada, tão”, daí, ao mesmo tempo, parece que eu perco a confiança, entendeu?*

Assim como no estudo de Guenzen (2014) uma frequência significativa de comportamentos de interesse – no caso deste estudo CRB2 e CRB2I especialmente – foram seguidos de um TCRB2 da terapeuta, que, muitas vezes ocorreu como uma autorrevelação acerca do que a terapeuta estava pensando ou sentindo em relação aos CRBs2 dos clientes (funcionando também como modelação). Esse dado indica o valor reforçador deste comportamento.

Com relação à revelação da terapeuta, Tsai *et al.* (2010) afirmam que a revelação corajosa e estratégica pode aumentar a intimidade do relacionamento terapêutico e estabelecer a relação terapêutica como mais semelhante às relações externas, facilitando assim a generalização (Tsai *et al.*, 2010).

No caso deste estudo, a terapeuta compartilhar e revelar as suas reações em relação aos comportamentos dos parceiros, indicando o impacto do comportamento do cliente sobre ela foram maneiras de responder contingentemente aos comportamentos apresentados pelos parceiros (Callaghan, Naugle & Follette, 1996; Kohlenberg *et al.*, 2012), funcionando como reforço natural aos comportamentos de melhora, uma vez que as reações do terapeuta são as conseqüências naturais para o comportamento do cliente (Ferster, 1972). Desta forma, em vez do terapeuta responder ao comportamento do cliente artificialmente, ele pode fazer uso de seus próprios eventos privados, a fim de modelar comportamentos íntimos dos parceiros (Tsai *et al.*, 2010).

A Figura 10 indica a sequência das principais categorias analisadas no estudo sessão a sessão.

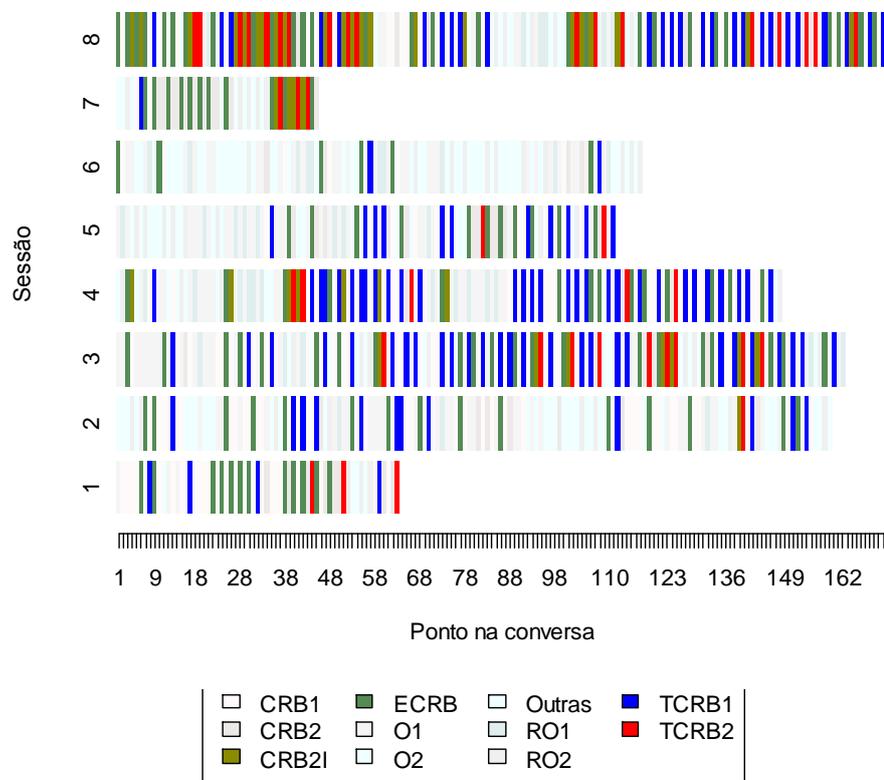


Figura 10. Sequência das categorias por sessão

Pode-se observar que as sessões da condição A (1,2,5,6) apresentaram menos variações se comparadas às sessões da condição B (3,4,7,8), sugerindo que nesta última condição, as categorias esperadas com a manipulação de variáveis foram mais frequentes. Ou seja, as sessões com foco na relação terapeuta/cliente e no aqui/agora apresentaram mais ECRBs, CRBs2I, TCRB1 e TCRB2 sugerindo que a intervenção com modelação e modelagem de comportamentos de intimidade em casais ocorreu e esteve relacionada com as melhoras clínicas.

Instrumento FAPRS

O instrumento da FAPRS utilizado neste estudo é um instrumento criado a partir de interações terapeuta/cliente (individual) (Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008). Porém, em decorrência de sua utilidade para se estudar a relação terapeuta/cliente, optou-se por estender sua utilização para uma relação em que envolveu três falantes: o terapeuta, o parceiro A e o parceiro B. Em decorrência dessa extensão, diversas adaptações foram necessárias e são comentadas nesta seção.

O primeiro ponto a ser destacado trata do número de lag utilizados para categorizar uma verbalização sendo contingente a outra. Busch *et al.* (2009) indicam que as probabilidades são relevantes nos lags 1, 3 e 5, isto é, um cliente emite um CRB1 e no *turn* seguinte o terapeuta responde a esse CRB1 (lag 1) e assim sucessivamente – cliente responde (lag2) e terapeuta consequencia (lag 3). No caso do presente estudo, por tratar-se de mais de dois falantes, adotou-se lag 6. Ou seja, a probabilidade de contingência entre as verbalizações seria considerada até 6 *turns* após a primeira verbalização alvo da categorização.

O segundo ponto trata da adaptação do instrumento no que se refere à fala de um parceiro em relação ao outro, uma vez que, o instrumento apresenta categorias para o terapeuta e para o cliente, supondo uma relação diádica. Em contrapartida, quando se fala em uma relação triádica, as categorias elencadas para os clientes não são suficientes, isto é, não suprem a necessidade da pesquisa. Para esclarecer o exposto, seguem alguns exemplos:

- 1) Geralmente CRBs dos clientes são antecidos por ECRBs em uma relação terapeuta/cliente simples. Isso, porém, não se aplica completamente em uma relação em que o casal é o cliente, pois qualquer categoria do parceiro A pode

preceder um CRB do parceiro B pela sua função evocativa. No caso deste estudo, mantiveram-se as categorias propostas pela escala, independentemente de se uma fala do parceiro A/B (com ou sem função evocativa) evocou um CRB do parceiro A/B.

- 2) Algo semelhante pode ocorrer com relação à consequenciação de um CRB. Em vez do terapeuta fornecer essa consequência (TCRB), esse comportamento pode partir do parceiro, porém essa categoria não existe na FAPRS. No caso em que isso ocorreu no presente trabalho, da mesma forma, manteve-se a categoria relacionada ao cliente.
- 3) Para tornar a questão ainda mais complexa, pode-se supor que a fala do terapeuta que funcionou, por exemplo, como consequência para o comportamento de melhora do parceiro A pode ter função evocativa para o comportamento-problema do parceiro B. Neste caso, o mesmo *turn* teria duas categorias, TCRB2 e ECRB1. A questão é qual critério utilizar para efetuar a categorização, uma vez que a mesma fala teve funções diferentes para os parceiros e que no caso da FAPRS cada *turn* recebe apenas um código. A solução adotada pelo estudo, neste caso, foi categorizar o código mais relacionado à interação que prevalecia em *turns* anteriores (por exemplo, em relação ao parceiro A), em vez de como uma nova interação (por exemplo, com o parceiro B).
- 4) Com relação ao CRB3, que diz respeito à explicação que o cliente fornece a respeito de seu próprio comportamento, questionou-se qual código poderia ser categorizado no caso de um parceiro fazer análise funcional do comportamento do outro ou então da relação conjugal. Aparentemente, quando se trata da relação entre os parceiros, que envolve necessariamente o comportamento de ambos, fazer análise funcional da relação envolveria compreender os determinantes de

seu próprio comportamento, porém, é possível questionar qual categoria poderia abarcar todas essas situações. Apesar da indagação, casos como esse não ocorreram no presente trabalho.

- 5) Algo semelhante acontece com relação ao relato de comportamentos-problema/melhora (O1 e O2): quando um parceiro relata a melhora do outro e essa verbalização não se encontra em outra categoria como CRB1 ou CRB2, não há indicação de qual categoria utilizar. Neste estudo optou-se por categorizar O1 ou O2 quando o parceiro estava se referindo ao próprio comportamento ou ao comportamento do parceiro, desde que essa verbalização não se tratasse de outra categoria mencionada na FAPRS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente há pouca relação entre o tratamento de casais em crise e o uso da interação terapeuta/cliente. Apesar disso, o presente estudo mostrou que o uso da relação terapeuta/cliente facilitou a modelagem e a modelação do comportamento de intimidade em uma terapia na modalidade casal. Por meio da interação com o casal, a terapeuta pôde usar eventos em curso no aqui/agora da sessão para evocar CRBs1, criar condições para a emissão de CRBs2 e, mais especificamente, de CRB2I e assim, consequenciar os comportamentos de melhora.

Procedimentos que envolveram diretamente a relação terapeuta/cliente foram mais evocativos para o comportamento-problema (no caso de Rui), o que possibilitou a modelagem direta, partindo deste comportamento até o comportamento de intimidade. Da mesma forma, a condição na qual houve o uso da interação

terapeuta/cliente foi a que apresentou acréscimo nos CRBs2 e CRBs2I, sugerindo a função evocativa e a função reforçadora das falas da terapeuta.

A intervenção prevista para a condição B envolveu fortemente o uso de reforço natural, uma vez que a terapeuta respondeu aos comportamentos clinicamente relevantes a partir de seus impactos sobre ela, punindo CRBs1 ou reforçando CRBs2 e CRBs2I (Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks & Berli, 2009; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, Baruch & Holman, 2006).

Esse estudo possibilitou parte da compreensão da intimidade em uma relação que envolveu três falantes, entretanto, levantou diversos questionamentos para pesquisas futuras, como compreender de forma mais precisa como se deu essa interação (terapeuta/parceiro A, terapeuta/parceiro B, terapeuta/parceiros A e B, parceiro A/parceiro B), devido observar-se que, no momento em que se iniciou a interação com um dos parceiros, ela tendeu a ocorrer em períodos relativamente longos em que não houve interferência do outro parceiro, indicando que a interação ocorreu com um dos parceiros e não com o casal como uma unidade.

Outro questionamento envolveu o uso da FAPRS, a qual permitiu que as interações fossem observadas mais precisamente, porém, mostrou a necessidade de adaptação do instrumento para a interação terapeuta/casal, o que pode ser mais detalhadamente avaliado em estudos futuros.

No que se refere à questão aplicada, diretrizes podem ser extraídas no intuito de instrumentalizar os clínicos da área. Para casais que apresentam dificuldades/queixas relacionadas à intimidade, o uso da relação terapeuta/cliente pode proporcionar interações mais efetivas entre terapeuta/parceiro e, mais adiante, parceiro/parceiro, uma vez que a primeira modela novas respostas nos parceiros e

serve como modelo de interação para a segunda. Além disso, pôde-se notar no presente trabalho que verbalizações do terapeuta relativas a comportamentos vulneráveis podem funcionar como ECRB, TCRB1 e TCRB2, o que chama a atenção para a necessidade de o clínico estar consciente da influência do seu comportamento no do casal.

REFERÊNCIAS

- Arias, I., & House, A. S. (2007). Tratamento cognitivo-comportamental dos problemas conjugais. (M. R. Borges Osório, Trad.). In V. Caballo (Org.), *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (Chap. 19, pp. 537-561). São Paulo: Santos Editora.
- Azrin, R. D., & Hayes, S. C. (1984). The discrimination of interest within a heterosexual interaction: Training, generalization, and the effects on social skill. *Behavior Therapy*, 15,173-184.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., & Hudepohl, J. (2012). Couple-Based interventions for medical problems. *Behavior Therapy*, 43(1), 61-76.
- Benson, L. A., McGinn, M. M. & Christensen, A. (2012). Common principles of couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 25-35.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2008). Intervenção em grupo para casais: descrição de procedimento analítico comportamental. In M. R. Garcia *et al.* (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 27, Chap. 12, pp. 151-181). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Bonet, J. I. C., & Castilla, C. D. S. (2007). Um protocolo cognitivo-comportamental para a terapia conjugal. (M. R. Borges Osório, Trad.). In V. Caballo (Org.), *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (Chap. 20, pp. 563-684). São Paulo: Santos Editora.
- Bradbury, Y. N., & Lavner, J. A. (2012). How Can We Improve Preventive and Educational Interventions for Intimate Relationships? *Behavior Therapy*, 43(1), 113–122.

- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (Chap. 18, pp. 361-398). São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E. & Buela-Casal, G. (1996). Técnicas diversas em terapia comportamental. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (Chap. 31, pp. 685-692). São Paulo: Santos.
- 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., 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.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (D. G. de Souza, Coord.) Porto Alegre: Artmed. (trabalho original publicado em 1998).
- Christensen, A., Wheeler, J. G., & Jacobson, B. S. (2009). Problemas do casal (R. C. Costa, Trad.). In Barlow, D. H. et al. (Orgs.), *Manual Clínico dos transtornos psicológicos. Tratamento passo a passo* (Ed. 6, Chap. 16, pp. 662-688). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1993).
- Cohen J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- Cordova, J. V., & Jacobson, N. S. (1999). Crise de casais (M. R. Borges Osório, Trad.). In D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico de transtornos psicológicos* (Chap. 12, pp. 535-567). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1993).
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: a behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24 (1) 75-86.
- Cordova, J. V. (2003). Behavior Analysis and the scientific study of couples. *The Behavior Analyst Today*, 3 (4) 412-420.
- Davis, S. D., Lebow, J. L., & Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36-48.
- Del Prette, G. & Almeida, T. A. C. (2012). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges et al. (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (Chap. 15, pp. 147-159). Porto Alegre: Artmed.

- Diamond, G. M. (2014). Attachment-based family therapy interventions. *Psychotherapy*, 51 (1), 15-19.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., & Christensen, A. (2008). Integrative Behavioral Couple Therapy (M. R. Borges Osório, Trad.). In A. S. Gurman, *Clinical handbook of couple therapy* (Ed. 4, Chap. 3, pp. 73-103). New York: Guilford Press.
- Epstein, N., & Schlesinger, S. E. (1998). Problemas conjugais. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Estretégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: Tópicos especiais* (Chap. 13, pp. 343-365). Campinas: Editorial Psy II.
- Falloon, I. R. H. & Lillie, F. (1988). Behavioral family therapy: an overview. In I. R. H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (Chap. 1, pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*, 17 (3), 341-347.
- Ferster, C. B. (1972). Clinical Reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4 (2), 101-111.
- Fischer, D. J. & Fink, B. C. (2014). Clinical process in behavioral couples therapy. *Psychotherapy*, 51 (1), 11-14.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effective change. *Behavior Therapy*, 27 (4), 623-641.
- 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. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR.
- Friedlander, M. L., Lee, H. H, Shaffer, K. S., & Cabrera, P. (2014). Evidence-based case study. Negotiating therapeutic alliances with a family at impasse. *Psychotherapy*, 51 (1), 41-52.
- Guenzen, L. C. (2014). Os possíveis efeitos do comportamento de autorrevelação do terapeuta analítico-comportamental em um processo terapêutico. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR.
- Gurman, A. S. & Jacobson, N. S. (1986). Marital therapy: from technique to theory, back again, and beyond. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (Chap. 1, pp. 1-9). New York: The Guilford Press.

- Gurman, A. S. (2008). A framework for the comparative study of couple therapy: history, models, and applications. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (Ed. 4, Chap. 1, pp. 1-26). New York: The Guilford Press.
- Gurman, A. S., Waltz, T. J., & Follete, W. C. (2010). FAP-Enhanced couple therapy: perspectivas and possibilities. In Kanter, J., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (Orgs.), *The practice of funcional analytic psychotherapy* (Chap. 8, pp. 125-147). New York: Springer.
- Halford, W. K., & Snyder, D. K. (2012). Universal process and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43(1),1-12.
- Halford, W. K., Hayes, S. Christensen, A. Lambert, M. Baucom, D. H., & Atkins, D. C. (2012). Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 49–60.
- Hawkins, A. J., Stanley, S. M., Blanchard, V. L., & Albright, M. (2012). Exploring Programmatic Moderators of the Effectiveness of Marriage and Relationship Education Programs: A Meta-Analytic Study. *Behavior Therapy*, 43(1), 77–87.
- Hernandez, J. A. E., & Oliveira, I. M. B. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (1) 1-18.
- Jacobson, N. S. & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: a social learning – cognitive perspective. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (Chap. 23, pp. 29-70). New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 85–93.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Enhancing intimacy through acceptance. In N. S. Jacobson & A. Christensen, *Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships* (Chap. 6, pp. 103-129). New York: Norton.
- 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.
- Karwowski-Marques, A. P. M. (2008). Percepções sobre o amor, a qualidade e a satisfação com o relacionamento em casais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS.

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, Org.). Santo André, ESETEC Editores Associados. (Trabalho original publicado em 1991)
- Kohlenberg, R. J., Kohlenberg, B., & Tsai, M. (2011). Intimidade. In Tsai, M. *et al.* (Orgs.), *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (Chap. 6, pp. 171-186). (F. Conte & M. Z. Brandão, Trad.). Santo André: ESETEC (Obra original publicada em 2009).
- Leonardi, J. L. & Borges, N. B. (2012). A modelagem como ferramenta de intervenção. In N. B. Borges *et al.* (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (Chap. 17, pp. 166-170). Porto Alegre: Artmed.
- Liberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 105-118.
- Machado, L. M. (2007) *Satisfação e insatisfação no casamento: os dois lados da mesma moeda?* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG.
- Mansfield, A. K., & Cordova, J. V. (2007). A behavioral perspective on adult attachment style, intimacy, and relationship health. In D. Woods & J. W. Kanter (Eds.), *A contemporary behavioral perspective* (Chap. 14, pp. 389-416). Reno: Context Press.
- 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. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (Chap. 22, pp. 471-493). São Paulo: Santos.
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos em Psicologia*, 9 (3), 575-584.
- 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, SP.
- Patterson, G. R. & Hops, H. (1972). Coercion, a game for two: intervention techniques for marital conflict. In R. E. Ulrich & P. Mountjoy (Eds.), *The experimental analysis of social behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Pergher, N. K. (2010). Variáveis que devem ser consideradas na avaliação da qualidade do relacionamento conjugal. *Revista Perspectivas*, 1 (2), 116-129.

- 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. Curitiba, PR.
- Rangé, B. & Dattilio, F. M. (1998). Casais. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (Chap. 15, pp. 171-191). Campinas: Editorial Psy II.
- Rosenfarb, I. S., Hayes, S. C., & Linehan, M. M. (1989). Instructions and experiential feedback in the treatment of social skills deficits in adults. *Psychotherapy*, 26, 242-251.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42 (3), 341-354.
- Sardinha, A., Falcone, E. M. O., & Fereira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402.
- Sbicigo, J. B., & Lisbôa, C. S. M. (2009). Habilidades sociais e satisfação conjugal: um estudo correlacional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 73-81.
- Sher, T. G. (2012). What, why, and for whom: couples interventions: a deconstruction approach. *Behavior Therapy*, 43(1), 123-131.
- Skinner, B. F. (1989). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas, Papyrus. 5ª Edição.
- Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: implications for clinical practice and research. *Behavior Therapy*, 43(1), 13-24.
- 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. *J Contemp Psychother*, 40, 1-10.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). The central role of reinforcement. In Tsai, M. *et al.* (Orgs.), *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive features* (Chap. 6, pp.21-23). New York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). Natural versus arbitrary reinforcement. In Tsai, M. *et al.* (Orgs.), *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive features* (Chap. 7, pp. 25-28). New York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). Intimacy and attachment. In Tsai, M. *et al.* (Orgs.), *Functional Analytic*

Psychotherapy. Distinctive features (Chap. 11, pp. 41-43). New York: Routledge.

Tsai, M., Yard, S., & Kohlenberg, R. J. (2014). Functional Analytic Psychotherapy: a behavioral relational approach to treatment. *Psychotherapy*, 51 (3), 364-371.

Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), 127-136.

Vandenberghe, L. (2006). Terapia comportamental de casal: uma retrospectiva da literatura internacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8 (2), 145-160.

Vandenberghe, L., & Braga, G. L. B. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23(3) 307-314.

Wadsworth, M. E., & Markman, H. (2012). Where's the Action? Understanding What Works and Why in Relationship Education. *Behavior Therapy*, 43 (1) 99–112.

Wetterneck, C. T., & Hart, J. M. (2012). Intimacy is a Transdiagnostic Problem for Cognitive Behavior Therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of behavioral consultation and therapy*, 7 (2,3) 167-176.

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Antoniela Yara Marques da Silva Dias**, pesquisadora responsável por este estudo, sob a orientação da Prof^a Dra. **Jocelaine Martins da Silveira** da Universidade Federal do Paraná, convido você a participar de um estudo intitulado “A modelagem e a modelação em um tratamento comportamental como procedimentos para viabilizar a intimidade entre casais” que trata a respeito do relacionamento entre terapeuta e casais, a fim de que mais informações acerca dessa interação possam ser identificadas.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar os efeitos de dois procedimentos chamados modelagem e modelação em um tratamento comportamental com casais, isto é, identificar os efeitos do comportamento do terapeuta em cada parceiro e entre estes.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) (Villa & Del Prette, 2010) que consiste em 32 questões que tratam de situações vivenciadas na relação conjugal e o comportamento de um parceiro em relação ao outro, bem como será necessário que você concorde com as gravações audiovisuais das sessões de psicoterapia.
- c) Para tanto, você deverá comparecer na Policlínica, localizada na rua Amazonas de Souza Azevedo, 134 - Bacacheri, Curitiba - PR, Cep: 82520-620 (41) 3363-0327 para atendimentos semanais durante aproximadamente 10 sessões. As sessões serão realizadas semanalmente e terão aproximadamente 50 minutos (se você estiver sendo atendido sem a presença de seu parceiro) ou 90 minutos (se você estiver sendo atendido com seu parceiro, isto é, em sessão conjunta). Em algumas sessões a terapeuta descreverá seus pensamentos e sentimentos e, em outras, serão realizados outros procedimentos, tais como treinos de comunicação e resolução de problemas.
- d) As sessões não terão qualquer custo para você. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao preenchimento dos questionários e / ou em situações vivenciadas na sua relação com a terapeuta. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser tais como os mencionados acima (desconforto, principalmente relacionado ao preenchimento dos questionários e / ou em situações da própria relação terapêutica).
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1. Você poderá melhorar suas habilidades interpessoais, isto é, as habilidades que envolvem o relacionamento com outras pessoas, e, com isso, melhorar a interação com seu(a) parceiro(a); 2. Você poderá adquirir mais autoconhecimento; 3. Você poderá receber orientação com relação às dificuldades vivenciadas em sua vida diária. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico da área.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisadora Responsável _____

Orientadora _____

- f) A pesquisadora Antonieila Yara Marques da Silva Dias (especialista em psicologia clínica CRP 08/16049, contatos: 41 9265-7608 ou aymds@yahoo.com.br) e sua orientadora Jocelaine Martins da Silveira (doutora em psicologia clínica pela USP, docente do programa de pós-graduação em psicologia da UFPR), responsáveis por este estudo poderão ser contatados na Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado. Praça Santos Andrade, no 50. 2o andar. Curitiba-PR. CEP: 80060-246, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (a orientadora da dissertação do mestrado em psicologia Jocelaine Martins da Silveira, a própria terapeuta-pesquisadora e graduandos do curso de psicologia da UFPR ou terapeutas formados, os quais assistirão as sessões gravadas, as transcreverão e informarão um código para cada fala sua e do terapeuta). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Asseguramos que todos eles assinarão um documento de manter em sigilo as informações (Termo de Confidencialidade).
- i) Asseguramos que, após o término dessa pesquisa, o material coletado nas gravações das sessões será destruído. Asseguramos também que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do psicólogo.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressão das transcrições e deslocamento da terapeuta-pesquisadora) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Antecipadamente, agradecemos sua participação, que será valiosa no desenvolvimento do conhecimento nesta área, e sem a qual este estudo não seria possível.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

NOME E ASSINATURA DO PARTICIPANTE
Participante

ANTONIELA YARA MARQUES DA SILVA DIAS
Terapeuta- pesquisadora

Profª Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA
Orientadora

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Anexo B: Roteiro para conceituação de caso Tsai *et al.* (2009) – Adaptado (formulação de caso do casal)²

Formulação de Caso FAP e Plano de Terapia para os Clientes: Rui & Vani

Terapeuta: Antonieia Yara Marques da Silva Dias

Data:

HISTÓRICO RELEVANTE:

A) Histórico relevante Rui (marido):

Rui é o filho do meio de uma família com três filhos (dois homens e uma mulher) e de pais separados. Rui teve pouco contato com seu pai durante sua infância e, apesar de morar com sua mãe, ela necessitava sair para trabalhar a fim de cumprir com as obrigações familiares (por exemplo, alimentação) por isso, Rui cresceu recebendo cuidados da empregada (a considera uma pessoa com um padrão “reservado”).

Rui relata lembrar de ser muito tímido desde criança. O cliente comenta também ter passado por privação material em sua infância e, apesar disso, Rui relata que sua mãe frequentemente fazia referência à importância de ter o nome “limpo” (honrar com os compromissos), apesar das condições financeiras.

O ambiente familiar no qual Rui cresceu aparentemente era pouco responsivo a expressões de afeto e verbalizações de relatos de eventos privados (Rui não consegue recordar momentos em que o próprio cliente, sua mãe ou irmãos relatavam sobre si, por exemplo).

Em sessão Rui apresenta respostas de autoestimulação e relata que enquanto a terapeuta e a esposa estavam conversando, estava pensando em outro assunto. Diante disso, pode-se supor que entrar em contato/falar sobre si ou sobre dificuldades (privações, vontades, sentimentos “ruins”) em sua história de vida não foi reforçador, uma vez que emitir atos relacionados a privação material, por exemplo, seria um comportamento possivelmente punido (sua mãe poderia lhe dizer coisas como “seja grato pelo que tem menino”, “ eu me esforço tanto por vocês e vocês demonstram tanta ingratidão”, “seja grato pelo que tem, eu faço tudo o que está ao meu alcance”). Além disso, em outras circunstâncias, como no caso da reunião de amigos, o comportamento de emitir atos de eventos privados geralmente não é reforçado neste grupo social.

² Foram inseridos “xxxxx” nos locais em que a identificação dos participantes seria possível, a fim de preservá-los.

B) Histórico relevante Vani (esposa):

Vani tem outras duas irmãs. Conviveu com seus pais até aproximadamente 16 anos, porém depois seus pais se separaram. A cliente comenta que quando criança queria chegar em casa e não vivenciar conflitos entre seus pais (o que ocorria com frequência). Essas circunstâncias nas quais a cliente cresceu e se desenvolveu, pressupõe-se, modelou o comportamento de Vani de mediar o conflito dos seus pais, tentando apaziguar a situação, pois, desta forma, não entrava em contato com conflitos (esquiva de conflitos).

Outro fato relevante é que sua mãe frequentemente lhe dizia que Vani não deveria depender de homem algum e que, por isso, deveria lidar com as situações do dia a dia por sua própria conta. Esse fato explica parte da aquisição do comportamento de Vani de evitar depender de outras pessoas, agir por conta própria, sentir-se vulnerável em situações em que não tem controle pleno, além de tornar a fragilidade/fraqueza um estímulo aversivo.

C) Histórico relevante do casal:

Rui e Vani se conheceram na empresa em que trabalhavam juntos. Vani trabalhava como corretora imobiliária e Rui como analista de sistemas. Após um período de tempo abriram uma empresa em conjunto no ramo de xxxxx. Casaram-se e hoje tem uma filha de seis anos.

Análise de complementaridade:

Vani é uma mulher ativa, dinâmica e flexível: desempenha diversas atividades simultaneamente; quando há um problema a ser resolvido, prontamente expõe uma solução, sem precisar de muito planejamento; apresenta respostas de desorganização em relação a casa, por exemplo.

Em contrapartida Rui é um homem mais tranquilo e relativamente mais rígido; costuma desempenhar uma atividade por vez, pensar e planejar antes de tomar uma decisão, bem como apresenta respostas de organização metódica.

Interpreta-se que os repertórios individuais de Vani e Rui são mantidos por reforço negativo: Vani toma uma decisão prontamente, o que faz com que um estímulo aversivo para Rui (decidir) seja retirado. Da mesma forma, o repertório de Vani é mantido por reforçamento negativo, pois decidindo, elimina o estímulo aversivo “esperar”, “não ter clareza sobre o que vai acontecer”. Os repertórios do casal também são mantidos por reforço positivo, por exemplo, quando Vani comenta um plano (repertório ativo), Rui diz para Vani fazer a escolha necessária para que o plano se concretize (reforçamento positivo para o comportamento de Vani e reforçamento negativo para o comportamento de tomar decisões de Rui). Outro exemplo de reforçamento negativo é Rui evitar expressar afeto para com Vani (evitar punição).

OS1 – PROBLEMAS DA VIDA DIÁRIA:

A) Rui (marido) Dificuldade em assumir riscos (expressão de emoções, falar em público, tomada de decisões).

- Hesita em tomar decisões, em especial acerca do trabalho.
- Apresenta ansiedade em situações nas quais tem de falar em público;
 - Situações de exposição são um SD para o julgamento de outras pessoas com relação ao seu desempenho. A partir disso, Rui emite várias respostas que podem diminuir a probabilidade de desaprovação de seus colegas.
- Evita gasto com saídas em família;
 - Essa é mais uma das situações das quais Rui se esquivava, pois, desta forma, evita entrar em contato com certa instabilidade (possibilidade de sair indica gasto, que, por sua vez, indica instabilidade com relação a renda familiar). Diante dessas circunstâncias Rui geralmente diz que não tem dinheiro.
- Dificuldade em identificar e expressar afeto e / ou outros eventos privados;
 - Vani comenta que Rui expressa pouco a respeito dele mesmo.
- Hesitar/Racionalizar quando Vani questiona Rui a respeito de seus eventos privados (pensamentos, sentimentos, opiniões).
 - Geralmente Rui tenta explicar o que ocorre em vez de se expor, no caso, falar sobre si/sua história para Vani.

B) Vani (esposa): Fuga-esquiva de situações de conflito;

Evitar estar / parecer vulnerável.

- Demonstrar força quando está frágil/vulnerável: em situações-problema (problema, dificuldades financeiras), Vani evita relatar que não está se sentindo bem e, “se fecha”; Vani ficar irritada; Vani permanecer em silêncio; Vani evitar falar sobre o assunto; Vani tentar resolver o problema sozinha. Desta forma, é retirado o estímulo aversivo: entrar em contato com sensações aversivas; falar sobre o assunto e demonstrar fragilidade.
- Rejeitar expressões de cuidados do marido para com o sofrimento de Vani;
- Expressar inapropriadamente seus sentimentos (dizer o que Rui deve fazer em vez de dizer como está se sentindo na situação; não permitir que Rui fale, tome decisões);
 - Como dito anteriormente, Vani é bastante ativa, o que, por vezes, faz com que ela impeça Rui de agir, pois toma a decisão por ele, diz o que ele deve fazer.
- Dizer que não precisa de cuidado.

VARIÁVEIS MANTENEDORAS DOS PROBLEMAS:

Aparentemente as respostas apresentadas por Rui e Vani são semelhantes (esquiva), porém diante de situações diferentes. No caso de Rui a “possibilidade de correr risco” é o SD para a apresentação da resposta de esquiva, geralmente seguida de reforçamento negativo (retirada de estímulos como, ter de decidir mudar de emprego/permanece nas circunstâncias conhecidas). Em contrapartida, no caso de Vani, as condições (SD) que aumentam a probabilidade de se emitir a resposta de fuga-esquiva é a possibilidade de vivenciar conflitos e/ou apresentar comportamento vulnerável. As conseqüências para tais respostas também são parecidas com aquelas de Rui, isto é, são mantidas por reforçamento negativo quando Vani media conflitos, por exemplo, evita entrar em contato com eles. Ou então, quando Vani apresenta força em vez de vulnerabilidade evita entrar em contato com sensações “ruins”, problemas não resolvidos.

De um ponto de vista analítico-comportamental, cada um mantinha o comportamento-problema do outro de tal modo que Vani costumava tomar decisões prontamente pelo casal, removendo a condição que para Rui era aversiva e ele, por sua vez, reforçava negativamente a esquiva de Vani de mostrar-se frágil, vulnerável e dependente de iniciativa de outros. O comportamento de intimidade de Vani esperado no tratamento foi apresentar fragilidade (chorando, por exemplo), enquanto que o de Rui foi relatar eventos privados e tomar decisões.

VANTAGENS E PONTOS POSITIVOS:

- A) **Rui (marido):** organizado, lógico.
- B) **Vani (esposa):** sensível, atenta às orientações da terapeuta.

CRBs 1: PROBLEMAS QUE OCORREM EM SESSÃO:

- A) **Rui (marido): Evitar assumir riscos / tomar decisões.**
 - Passividade: de maneira geral Rui permanece passivo a menos que solicitado. Pressupõe-se que esta é uma forma de Rui evitar entrar em contato, por exemplo, com algo que não quer ouvir, evitar falar de si.
 - Evitar tomar decisões;
 - Esse comportamento pode aparecer também quando a terapeuta questiona Rui diretamente e ele se esquiva (falando sobre outro assunto, racionalizando, ficando quieto, dizendo o que a terapeuta “quer” ouvir e, dependendo da situação, dizendo que não sabe).

- Dificuldade em identificar / relatar eventos privados: quando a terapeuta questiona o que Rui está sentindo, ele menciona que não sabe, consente com a afirmação de Vani que diz que ele tem dificuldade (passividade) ou até racionaliza, tentando identificar o motivo pelo qual se comporta de tal forma em vez de tentar identificar o sentimento no aqui/agora. Diante de algumas interações típicas, pode-se hipotetizar que evitar falar sobre seus eventos privados é uma forma de se esquivar de punição, como no dia em que Rui relatou que tinha vontade de pegar Vani no colo e, em contrapartida, ela comentou que não desejava este comportamento da parte dele (possível punição positiva);
- Direcionar-se para Vani quando a terapeuta o questiona: alguns momentos a terapeuta faz um questionamento para Rui e ele se volta para Vani indicando que ela poderia falar no lugar dele ou dar indício do que dizer naquela hora;
- **Vani (esposa): Fuga-esquiva de situações de conflito (relacionada também ao repertório ativo de Vani);**
Evitar estar/parecer vulnerável.
 - Não permitir que Rui fale/falar por ele;
 - Falar na frente ou antes de Rui, impedindo que ele fale ou que demore um pouco pensando antes de falar: Vani apresenta reações menos passivas, as quais acabam, por vezes, impedindo que Rui se comporte de maneira mais ativa;
 - Eficiente: pode funcionar como um impeditivo para Rui agir de forma mais ativa. Esse comportamento de Vani pode ser reforçado positivamente, uma vez que, quando Vani exige algo de Rui, ele diz que ela pode escolher. Além disso esse repertório pode ser reforçado negativamente, pois agindo eficientemente evita passar por privações em seu lar;
 - Evitar demonstrar ou permanecer sentindo-se frágil.
 - Rejeitar / evitar cuidado da terapeuta ou de Rui: especialmente quando se trata de assuntos relacionados a dificuldades de Vani, ela tende a chorar e Rui e a terapeuta a acolher seu sofrimento. Entretanto, Vani faz o possível para evitar o choro e tal acolhimento, em especial advindo de Rui;

OS2 – METAS DA VIDA DIÁRIA:

- A) **Rui (marido): Assumir mais riscos (expressar emoções, falar em público, tomar decisões).**
 - Tomar decisões, em vez de evitar ou deixar que Vani tome decisões por ele;
 - Se expor diante de um grupo.

- Identificar eventos privados: ficar mais sob controle do que está acontecendo do que tentando explicar o que está acontecendo;
- Relatar eventos privados: falar o que está sentindo para Vani, por exemplo.

B) Vani (esposa): Se permitir ser cuidada / Relatar mais acerca dela mesma (eventos privados).

- Relatar quando estiver passando por dificuldades, em vez de tentar resolver o problema por conta própria;
- Se permitir ser frágil / vulnerável (chorar, aceitar suas dificuldades, por exemplo);
- Deixar ser cuidada, aceitar acolhimento de Rui;
- Expressar apropriadamente seus sentimentos (em vez de dizer o que Rui deve fazer, relatar acerca dos seus pensamentos e sentimentos);
- Dar oportunidade para Rui agir.

CRBs 2: PROGRESSOS QUE OCORREM EM SESSÃO:

A) Rui (marido): Assumir riscos

- Agir de maneira mais ativa: tomar decisões (por exemplo, a respeito de horários), responder aos questionamentos da terapeuta em vez de direcionar a palavra para Vani ou apresentar a classe de respostas de fuga-esquiva apresentada acima;
- Identificar eventos privados: diminuir relato de explicações e mais de estar sob controle do aqui/agora;
- Relatar eventos privados (direcionados a Vani, à terapeuta ou a situações do *setting* terapêutico).

B) Vani (esposa): Tornar-se vulnerável

- Aceitar cuidado da terapeuta ou de Rui;
- Entrar em contato com sensações aversivas;
- Chorar;
- Enfrentar situações de conflito: por exemplo expressando desagrado caso a terapeuta diga algo que ela não goste;
- Permitir Rui se posicionar em vez de fazer por ele.

INTERVENÇÕES PLANEJADAS:

- A) Rui (marido):** ajudá-lo a se expor diante de circunstâncias aversivas (por exemplo, falar em um grupo), bem como promover ambiente para identificação e relatos de eventos privados.
- B) Vani (esposa):** ajudá-la a expor sentimentos em circunstâncias nas quais se calaria (função de evitar conflito) e aceitar essa sensação (aprender a se permitir ser vulnerável em uma relação).

Ts 1 (problemas do terapeuta em sessão)

Dificuldade em interromper a fala seguida de Vani.

Sentir como se estivesse “acuando” Rui no momento em que questiona seguidamente acerca de seus eventos privados.

Ts 2 (comportamentos-alvo do terapeuta em sessão).

Conseguir interromper / pontuar a fala consecutiva de Vani.

Entrar em contato com a dificuldade de Rui.

Anexo C: Escala de categorização da FAPRS (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale) (Callaghan & Follette, 2008)

O categorizador deverá adotar um código para cada fala do cliente (Tabela 1) e do terapeuta (Tabela 2), de acordo com a função de cada verbalização.

Código	Nome do código	Descrição
CRB1	Comportamento clinicamente relevante 1	Paciente engaja-se em comportamentos problemáticos no contexto da relação terapêutica
CRB2	Comportamento clinicamente relevante 2	Paciente engaja-se em comportamentos de melhora no contexto da relação terapêutica
CRB3	Comportamento clinicamente relevante 3	Paciente descreve como diferentes variáveis controladoras impactam em seu repertório e faz descrições funcionais
CTR	Foco do paciente na relação terapêutica	Paciente foca na relação terapêutica
O1	Discussão de comportamento problema fora da relação terapêutica	Paciente discute ou descreve comportamentos problema que tem sido alvo do tratamento, mas que ocorreram fora da sessão
O2	Discussão de melhora fora da relação terapêutica	Paciente discute ou descreve comportamentos relacionados à melhora, que tem sido alvo do tratamento, mas que ocorreram fora da sessão
CPR	Progresso positivo do paciente em sessão	Paciente discute ou descreve problemas, conforme eles ocorrem em situações diferentes da relação terapêutica, clarifica ou fornece contexto sobre problemas, engaja-se em comportamentos de tarefa que facilitam a discussão

Tabela 1: lista de códigos do paciente na FAPRS

Código	Nome do código	Descrição
TTR	Terapeuta foca na relação terapêutica	Terapeuta foca na relação terapêutica, inclusive compartilhando sentimentos em relação ao paciente
ECRB	Terapeuta evoca CRB	Terapeuta evoca CRBs 1, 2 ou 3
TCRB1	Terapeuta responde efetivamente a CRB1	Terapeuta responde adequadamente a um CRB1

TCRB2	Terapeuta responde efetivamente a CRB2	Terapeuta responde adequadamente a um CRB2
TCRB3	Terapeuta responde efetivamente a CRB3	Terapeuta responde adequadamente a um CRB3
RO	Terapeuta responde a discussão do paciente sobre comportamentos clinicamente relevantes fora da sessão	Terapeuta comenta ou reforça relatos do paciente sobre a ocorrência de comportamentos clinicamente relevante 1 ou 2 que ocorrem fora da sessão
TPR	Progresso positivo do terapeuta	Terapeuta engaja-se em respostas que facilitam o responder do paciente
M	Terapeuta perde ou não responde a um CRB	Terapeuta perde a oportunidade de responder adequadamente a um comportamento clinicamente relevante
IN	Resposta ineficaz do terapeuta	Terapeuta engaja-se em comportamentos ineficazes

Tabela 2: lista de códigos para o terapeuta na FAPRS

Anexo D: Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) (Villa & Del Prette, 2012)

Anexo E: Descrição detalhada dos procedimentos da terapeuta nas condições A e B

Procedimentos possíveis na condição A

a) Treinamento de comunicação

Rangé e Dattilio (1998) destacam o valor unânime do treinamento de habilidades de comunicação nas diversas abordagens comportamentais com casais. A seguir os passos a serem adotados para um treinamento em comunicação, conforme proposto pelos autores citados.

Em primeiro lugar devem ser realizados treinos em habilidades de recepção (capacidades de ouvir com atenção, refletir sentimentos e de parafrasear) e expressão (habilidades de falar de forma breve, falar sobre sentimentos em vez de acusar o outro, fazer solicitações construtivas de mudança comportamental).

Na etapa de recepção são treinadas habilidades que denotem que o outro está ouvindo atentamente o parceiro, demonstrando-o por meio do comportamento aberto (contato visual e sinais de atenção como “hum-hums”, mexer a cabeça positivamente). Para isso também pode ser usada a paráfrase (um parceiro repete o que o outro disse, resumindo e refletindo o sentimento).

Na etapa de expressão, cada parceiro passa por um treinamento de assertividade, no qual aprende a expressar seus sentimentos de forma pessoal, direta, honesta e adequada, apresentando frases em que o próprio falante expresse o sentimento decorrente da situação aversiva e não o comportamento do outro, por exemplo, “eu me sinto amedrontada quando você grita” no lugar de “você é um grosso porque grita sempre comigo”. A idéia central está no fato de que o primeiro exemplo traz a experiência do parceiro, possibilitando uma maior compreensão do que se passa com ele, bem como suas necessidades e sentimentos, em contrapartida, o segundo exemplo, proporciona um ambiente de ataque / defesa e não uma compreensão real da experiência do outro.

Ainda dentro das habilidades de expressão, encontram-se as solicitações de mudança de comportamento. Em vez de rotulações, devem-se fazer solicitações em que se descreve o comportamento específico a ser alterado, a situação na qual o comportamento ocorre e o sentimento conseqüente (“se você fizer X neste tipo Y de situação, eu me sentirei Z). Além disso, é importante primar pela brevidade nas colocações mostrando, assim, respeito ao outro e ao relacionamento. Deve-se evitar falas excessivas e detalhistas, bem como monossilábicas, impessoais e dogmáticas, no intuito de cativar a atenção do outro por meio da apresentação do problema e dos sentimentos relacionados.

A literatura indica algumas estratégias para uma comunicação mais efetiva:

Na área da escuta: 1. Escutar atentamente, isto é, prestar atenção ao que o outro está falando, demonstrar escuta ativa por meio de comportamentos que sugere a atenção do ouvinte por meio de frases curtas, paráfrases, respostas não verbais (acenos da cabeça, sorrisos, por exemplo) (Caballo, 1996; Rangé e Dattilio, 1998). 2. Não interromper; 3. Clarificar aquilo que ouve (resumindo, por exemplo, a fala do parceiro); 4. Refletir acerca da fala do parceiro (compreensão do sentimento do parceiro).

No que tange à fala (iniciar e manter conversação), as estratégias são:

1. Falar atentamente (contato visual e sinais corporais que indiquem uma escuta ativa) (Rangé & Dattilio, 1998);

2. Formular questões significativas, evitando questões fechadas (as do tipo “sim”/“não”, seleção de alternativas geralmente aquelas iniciadas por “onde”, “quando” e “quem” e aquelas em que se solicita a identificação de algo) e optar por perguntas abertas (geralmente com “o que”, “como” e “por que”), nas quais o parceiro pode relatar uma quantidade maior de palavras, além de priorizar questões que ajudem um parceiro a compreender o outro (Caballo, 1996; Rangé e Dattilio, 1998);

3. Fornecer informações adicionais àquelas requisitadas por aquele que perguntou (Caballo, 1996),

4. Não falar em excesso (Rangé & Dattilio, 1998);

5. Aceitar o silêncio (Rangé & Dattilio, 1998);

6. Não questionar com o objetivo de pôr à prova (Rangé & Dattilio, 1998);

7. Realizar autorrevelações, informações pessoais sobre si. Os autores (Rangé & Dattilio, 1998P) advertem que este comportamento pode facilitar o desenvolvimento do relacionamento.

Outras estratégias extraídas de treinamentos de habilidades sociais podem ser proveitosas para o treinamento de comunicação especificamente. Caballo (1996) aponta os passos para o treino de habilidades sociais: 1. Identificar áreas de dificuldades; 2. Fazer a distinção entre respostas assertivas, não assertivas e agressivas (Caballo, 1996; Epstein & Schlesinger, 1998); 3. Reestruturação cognitiva dos pensamentos inadequados do indivíduo não habilidoso socialmente; 4. Ensaio comportamental, modelação, instruções, retroalimentação/reforçamento e tarefas de casa (todos usando situações-problema) de respostas socialmente habilidosas (decompostos de maneira molecular, tais como olhar, expressão facial, gestos, postura, orientação, distância / contato físico, volume da voz, entonação, fluência, tempo e conteúdo da fala).

As habilidades ensinadas em um treinamento de comunicação geralmente são: empatizar, escuta ativa, permanecer no assunto em questão, aceitar e compreender o ponto de vista do parceiro, mesmo que com discordância, pedir mudança de comportamentos específicos, expressar sentimentos positivos e negativos relatando em primeira pessoa,

contrastar as inferências e atribuições com o parceiro sobre o comportamento do (a) companheiro (a) (Caballo & Buela-Casal, 1996).

Segundo Epstein e Schlesinger (1998), em um treino de comunicação os parceiros são treinados a identificar e reduzir formas de mensagens negativas, como interrupções, busca por um culpado ou foco no passado, visando substituir tais comportamentos por outros comportamentos como solicitação positiva para a modificação do comportamento.

b) Treinamento em solução de problemas

Passos para a solução de problemas conforme propostos por Nezu e Nezu (1996):

- Orientação para o problema se refere a sensibilizar o casal para os problemas e a forma com que se lidará com ele (de acordo com a sua história de aprendizagem se apresentará comportamento de enfrentamento da situação-problema ou apresentará comportamento de fuga-esquiva desta situação).
- Definição e formulação do problema: esclarecer e entender o caráter do problema, geralmente comparando-os aos problemas passados, a fim de avaliá-lo de forma mais realista (Nezu & Nezu, 1996).

Para essa condição são necessárias cinco etapas: a) investigação das informações e eventos acerca do problema; b) descrição clara de tais eventos; c) distinguir informações relevantes e irrelevantes e os fatos objetivos das suposições; d) identificação do que torna a situação problemática; e) elencar objetivos realistas para a solução dos problemas (Nezu & Nezu, 1996).

Outro ponto importante para a definição e formulação dos problemas é ensinar os clientes a estabelecerem objetivos (e consequentemente subjetivos) que desejam atingir e que sejam realmente possíveis de serem alcançados. Os objetivos podem ser centrados no problema, isto é, situações que podem ser alteradas e que estão relacionadas ao problema ou, centrados na emoção, que são objetivos com o intuito de diminuir o impacto do sofrimento em relação ao problema, geralmente situações nas quais não é passível de modificação (por exemplo, morte de um familiar) (Nezu & Nezu, 1996).

Uma das técnicas possíveis para essa etapa da solução de problemas pode ser “as cinco (perguntas) W”: quem (*who*) está envolvido no problema; o que (*what*) estou sentindo com relação a este problema; onde (*where*) ocorre o problema; quando (*when*) começou esse problema e por que (*why*) ocorreu este problema (Nezu & Nezu, 1996).

Por fim, deve-se treinar a identificação dos impeditivos em relação ao um problema que podem dificultar o alcance dos objetivos (Nezu & Nezu, 1996).

- Criação de alternativas, ou seja, levantamentos de soluções (Nezu & Nezu, 1996).

Para esta etapa três princípios são importantes: a) Princípio da quantidade que preconiza que quanto maior for o número de possibilidades levantadas, maior é a probabilidade de soluções eficazes e de qualidade sejam levantadas. b) Princípio do adiamento do julgamento, que tem como objetivo o levantamento das possibilidades sem qualquer julgamento a respeito delas. c) Princípio da variedade, que preconiza a utilização de estratégias e enfoques diversos na busca de soluções (Nezu & Nezu, 1996).

- Tomada de decisões: avaliação das alternativas disponíveis e seleção de alguma delas para o problema existente (Nezu & Nezu, 1996).

O ponto principal desta etapa é avaliar as conseqüências de cada alternativa, isto é, os efeitos a curto e longo prazo, bem como efeitos pessoais e sociais. Aquelas que tiverem as conseqüências positivas em maior número que as negativas são consideradas as opções mais eficazes.

Cada alternativa é avaliada segundo dois critérios: a) sua real eficácia para atingir o objetivo; b) a capacidade do indivíduo de efetuar uma solução. Em seguida deve-se fazer o levantamento das pontuações e, caso haja um pequeno número de idéias consideradas aceitáveis, a pessoa deve se perguntar se as informações levantadas foram suficientes, se o problema foi definido de maneira adequada, se os objetivos são muito elevados, se foram levantadas alternativas suficientes, entre outras. Caso seja necessário, deve-se voltar a estágios anteriores da solução de problemas. Caso contrário o indivíduo é orientado a planejar estratégias de enfrentamento para cada subobjetivo, a fim de que novas ações sejam implementadas no caso de alguma ação anterior fracassar (Nezu & Nezu, 1996).

- Prática da solução e verificação: observar o resultado da solução e avaliar seu efeito na situação-problema (Nezu & Nezu, 1996).

Em primeiro lugar, para a efetividade desta etapa, devem-se colocar em prática as soluções selecionadas para, em seguida, observar as conseqüências e avaliar os resultados da solução. Para isso, a estratégia do autoregistro pode ser útil para avaliar o resultado da solução. Em caso de satisfação, a pessoa que solucionou o problema deve apresentar um autoreforço (presentes, verbalizações de alegria), caso contrário deve-se voltar ao plano de contingências ou retomar o ciclo de solução de problemas (Nezu & Nezu, 1996).

- c) **Procedimentos de aceitação** (Cordova & Jacobson, 1999; Jacobson & Christensen, 1996).

Estratégias para promover a aceitação emocional

- União empática ao redor do problema.

Essa é uma estratégia utilizada para que cada parceiro consiga expressar seu sofrimento sem utilizar a acusação. A diferença se encontra na expressão de emoções

penosas e agradáveis. As primeiras são caracterizadas por relatos nos quais um parceiro “ataca” e o outro se defende / contra-ataca. A segunda, por sua vez, se refere a relatos que indicam vulnerabilidade daquele que o expressa, o que favorece a receptividade, a empatia do ouvinte e diminui as chances de reagir de forma defensiva. Para que isso ocorra, o papel do terapeuta é de ajudar o casal a identificar emoções mais amenas, como dor, solidão, insegurança, medo, desejo, amor por trás de emoções penosas como acusação, por exemplo. O terapeuta deve questionar o parceiro acerca de como é ouvir verbalizações de emoções amenas.

- Transformação do problema em um atrativo.

O papel do terapeuta, nesse caso, é ajudar o casal a deixar a luta para alterar seus próprios comportamentos ou os do outro, além de ajudar os parceiros a deixarem de visualizar o problema como um comportamento “maldoso” do outro. Assim, cada parceiro pode ser mais tolerante com relação à diferença no relacionamento, bem como pode aumentar as oportunidades de fornecer condições para que o problema possa ser partilhado sem ninguém seja culpado. Dessa forma, aceitando as particularidades de cada um é mais provável de haver tolerância na interação, diminuindo a probabilidade de um impacto negativo sobre a satisfação no relacionamento.

- Explorando os temas do casal.

Por meio da discussão dos temas e dos padrões negativos de interação o casal passa a compreender melhor a forma como reagem uma ao outro (por exemplo, um demanda e o outro retrai, um critica e o outro se defende, etc.) e os parceiros passam a dispensar a disputa ou a luta para mudar a si ou ao outro e, com isso, o sofrimento diminui. Isso também pode beneficiar o fortalecimento da intimidade e a díade pode passar a discutir o problema sem culpabilização mútua.

Promoção da aceitação emocional por meio do desenvolvimento da tolerância

- Reênfase positiva.

Essa estratégia visa direcionar a atenção para as características positivas do comportamento negativo. O papel do terapeuta, nesse caso, é de ajudar o casal a identificar os aspectos positivos reais de tais comportamentos (sem deixar de distinguir seus aspectos negativos).

- Diferenças complementares.

Essa estratégia tem como objetivo destacar as diferenças entre os parceiros que os tornam complementares e que, por isso, viabilizam o relacionamento. O terapeuta pode destacar também que caso essas diferenças não existissem a possibilidade de maiores conflitos aumentaria. O casal pode, a partir de então, visualizar suas diferenças como aspectos benéficos em vez de ameaças ao relacionamento.

- Preparação para a recaída.

Outro papel essencial do terapeuta que pode ajudar no desenvolvimento de tolerância do casal é prepará-los para a reincidência de comportamentos “prejudiciais” ao relacionamento. Isso deve ser feito preferencialmente quando o casal está bem. Em um primeiro momento o terapeuta indica os avanços feitos na terapia até então e, em seguida, alerta para possíveis recaídas. Uma das formas de lidar com tal situação é fazer os parceiros identificarem as situações nas quais a reincidência teria probabilidade de ocorrência, bem como planejarem respostas possíveis em tais ocasiões.

- Má simulação.

O objetivo principal dessa estratégia é que o casal apresente comportamentos considerados nocivos para o relacionamento em situações artificiais (nas quais cada parceiro não se sinta dessa forma).

A instrução desta tarefa deve ser realizada na frente dos dois parceiros, a fim de que ambos tenham conhecimento da possível ocorrência de tal comportamento. Essa estratégia permite que, por meio da ambigüidade gerada pela tarefa, o casal discrimine seus padrões de comportamento, bem como aumente a probabilidade de observação dos efeitos do comportamento em situações favoráveis (parceiro que emite o comportamento está provavelmente mais compreensivo). Após a simulação o parceiro que apresentou o comportamento nocivo deve indicar que estava sob controle da tarefa fornecida pelo terapeuta, no intuito de evitar a escalada de agressividade e de fornecer condições para que o casal analise a situação e seus próprios comportamentos.

- Autocuidado.

O autocuidado se refere à responsabilidade de cada parceiro por suas próprias necessidades, visando uma resposta diferente de cada indivíduo da díade em relação à insatisfação no relacionamento. Com isso cada um se comportará de maneira a satisfazer suas necessidades individuais diminuindo as chances de focar nos desajustes do parceiro. Cada parceiro passa a assumir um papel mais ativo na busca pela satisfação, tendo como possível consequência a menor culpabilização do outro e maior satisfação. Isso não exime, porém, os parceiros da responsabilidade de se comportarem de maneira a beneficiar o relacionamento no que puderem.

a) Modelação de comportamentos de intimidade, conforme definição de Cordova e Scott (2001).

Segundo Skinner (1989), “modelar é comportar-se de maneiras facilmente observáveis e imitáveis, em primeiro lugar pelos outros, mas possivelmente também pelos próprios agentes modeladores” (p. 46). E continua afirmando que a modelação é verbal (mas não necessariamente vocal) por necessitar da mediação de outras pessoas para o reforçamento. Somente se diz que houve modelação se o comportamento de alguém for imitado e, por sua vez, apenas é possível imitar se houver um modelo.

No campo da aplicação, Del Prette e Almeida (2012), afirmam que a modelação consiste em fornecer um modelo antecedente e a resposta de observação e imitação que tende a produzir para aquele que imitou consequências semelhantes.

Caballo e Buela-Casal (1996) se referem ao o termo modelação como um processo no qual o comportamento de um indivíduo se modifica como resultado de observar, escutar ou ler sobre o comportamento de um modelo, sem realizar realmente o comportamento-meta ou sem ser reforçado a fazê-lo. Os modelos são especialmente importantes porque proporcionam informação sobre o modo de adquirir comportamentos de forma rápida, sem ter que realizá-los e sem ter que modelar o comportamento com base no ensaio e erro (Caballo & Buela-Casal, 1996, p. 666).

Caballo (1996) afirma que a modelação é mais vantajosa quando é mais fácil mostrar o comportamento adequado do que explicá-lo ou apontá-lo, tais como comportamentos não verbais ou comportamentos complexos (caso possivelmente do comportamento de intimidade) ou então quando o indivíduo não sabe dar os passos iniciais.

Skinner (1989) cita a modelação como uma forma de ensino, mas para a manutenção de seu efeito é necessário que seja reforçada. Porém, a consequência da modelação é atrasada, isto é, o reforçamento (ou punição) deste comportamento não é apresentado imediatamente após a apresentação do comportamento do modelo. Transpondo essas informações para o presente estudo, pode-se afirmar que a terapeuta pode servir como modelo de intimidade, porém, se o comportamento imitado não for reforçado, deixará de ser apresentado, isto é, é necessário que a terapeuta sirva de modelo e que os parceiros apresentem esse comportamento para entrarem em contato com sua consequência. Conforme cita Skinner (1989), “a modelação é uma forma de demonstrar ao outro organismo o que ele deve fazer. Ela incita o comportamento no sentido de que o evoca pela primeira vez, e assim o expõe a contingências potenciais do reforçamento” (p 155).

Conforme Rangé e Dattilio (1998), à medida que a relação terapêutica vai se estabelecendo, o terapeuta passa a servir de modelo para a relação do casal. Assim, a

terapeuta poderia ser um modelo à medida que o comportamento do cliente (no caso deste estudo, cada parceiro) for alterado como produto da observação do comportamento da terapeuta, ou seja, à medida que a terapeuta emitir respostas de intimidade e os parceiros passarem a se comportar desta forma com a terapeuta ou entre si.

No caso de uma sessão de psicoterapia em FAP a terapeuta pode, por exemplo, expor o que está sentindo no momento (modelo para autoexposição) e os parceiros A/B podem apresentar o mesmo comportamento imediatamente após ou não. No primeiro caso, a possibilidade de consequenciar esse comportamento está presente na própria sessão podendo, portanto, a terapeuta fazer uso do reforçamento natural para a manutenção dessa classe. No segundo caso, o mediador, aquele que reforçará essa classe, tem grandes chances de ser um dos parceiros.

b) Modelagem de comportamentos de intimidade, conforme definido por Cordova e Scott (2001).

Segundo Catania (1999)

a modelagem é baseada no reforço diferencial: em estágios sucessivos, algumas respostas são reforçadas e outras não. Além disso, à medida em que o responder se altera, os critérios para o reforço diferencial também mudam, em aproximações sucessivas da resposta a ser modelada (p. 131)

e afirma ainda que o que propicia a modelagem é a variabilidade do comportamento. O autor prossegue dizendo que o reforço de uma resposta determina uma gama de respostas dentre as quais haverá respostas mais próximas daquelas a serem reforçadas que, por isso, podem ser eleitas para serem reforçadas posteriormente. O mesmo ciclo se iniciará até que a resposta ideal a ser modelada ocorra.

Assim, para existir a modelagem é necessário o cumprimento de dois critérios: a) o reforçamento diferencial, no qual algumas respostas são reforçadas e outras não e b) as aproximações sucessivas, que pressupõe a alteração de critério para o reforço. Além desses critérios, o procedimento de modelagem deve ser planejado para uma aplicação mais efetiva. Para tanto é necessário ter clareza de qual é a resposta-alvo final desejada (Leonardi & Borges, 2012).

Tomando como base a explanação acima acerca da modelagem, pode-se fazer uma adaptação do conceito para a prática clínica. No caso do presente estudo, a resposta a ser modelada se refere a uma variedade de respostas possíveis dentro da classe de respostas denominada intimidade. Assim, qualquer operante verbal que indicar vulnerabilidade comportamental, isto é, um comportamento passível de punição de acordo com a história de

vida de cada parceiro, seria uma resposta a ser modelada, tendo clareza de que este responder será alterado e, portanto, novas respostas ocorrerão, as quais estarão novamente sujeitas ao reforçamento diferencial. O mesmo procedimento será realizado com relação ao responder do parceiro A em relação ao comportamento de intimidade do parceiro B, isto é, será modelada também a consequência que um parceiro fornece após a apresentação de uma resposta de intimidade.

O uso da modelagem e da modelação é realizado nas duas condições (A e B) supracitadas. No caso da condição A isso é feito por meio de estratégias como ensaio comportamental ou *role-playing*. No caso da condição B o uso da modelagem e da modelação é feito no aqui/agora da sessão (*real-play*) e com ênfase no reforço natural.

