

**CENTRO PARADIGMA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO
COMPORTAMENTO**

Roberta Bianca Marcelino de Almeida

**Intervenções reflexivas na Terapia Analítico-Comportamental:
um estudo de caso único.**

São Paulo

2020

ROBERTA BIANCA MARCELINO DE ALMEIDA

Intervenções reflexivas na Terapia Analítico-Comportamental:
um estudo de caso único.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada do Centro Paradigma de Análise do Comportamento, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani

São Paulo

2020

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

ROBERTA BIANCA MARCELINO DE ALMEIDA

RESUMO

Alguns autores têm defendido o uso de intervenções reflexivas como maneira de favorecer a autonomia e prevenir a resistência do cliente, embora a literatura apresente pouca evidência sobre os resultados deste estilo de intervenção. O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de introdução e retirada de intervenções reflexivas por meio de um delineamento experimental de caso único com o arranjo de multielementos. Participaram desta pesquisa uma cliente e uma terapeuta analista do comportamento. As 25 sessões de terapia foram gravadas em áudio, transcritas e categorizadas de acordo com o SiMCCIT. Foram verificados (1) a frequência de verbalizações do terapeuta da categoria Terapeuta Solicita Reflexão (SRF) e a frequência de verbalizações do Cliente da categoria Cliente Estabelece Relação entre Eventos (CER); (2) a qualidade e a complexidade das CER's, por meio da Escala Paradigma de Reflexão e Insight; (3) o efeito do experimento sob os sintomas da cliente, por meio da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo e do instrumento OQ-45.2. O experimento permitiu demonstrar que com a manipulação da VI - SRF houve aumento da frequência e da qualidade da VD - CER ao longo das sessões, acompanhado pela melhora nos escores da Escala Individualizada de Comportamentos-Alvo. Não houve melhora nos escores do OQ-45.2. Sustenta-se a hipótese de que a intervenção reflexiva favoreceu o repertório de auto-observação desta cliente e promoveu mudança nos Comportamentos Alvo, sendo necessários novos estudos para verificar a validade de critério da Escala Individualizada como instrumento de medida de resultados.

Palavras-chave: psicoterapia analítico comportamental; intervenções reflexivas; pesquisa processo-resultado; caso único; SiMCCIT; OQ45.2.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODO.....	15
RESULTADOS E DISCUSSÃO.	28
CONSIDERAÇÕES.....	41
REFERÊNCIA.	46
<u>ANEXO I. Termo de consentimento livre e esclarecido da cliente.....</u>	<u>53</u>
<u>ANEXO II. Termo de compromisso e responsabilidade.....</u>	<u>54</u>
<u>ANEXO III. SiMCCIT.....</u>	<u>56</u>
<u>ANEXO IV. Folha de Registro da Escala Paradigma de Reflexão e Insight.....</u>	<u>60</u>
<u>ANEXO V. Folha de Registro da Escala Individualizada de Comportamentos</u>	
<u>Alvo.....</u>	<u>61</u>

Título:

Intervenções reflexivas na Terapia Analítico-Comportamental: um estudo de caso único.

Autores:

1 - Roberta Bianca Marcelino de Almeida

2 - Denis Roberto Zamignani

Filiação:

Paradigma – Centro de Ciência do Comportamento e Tecnologia

Endereço autor responsável:

Roberta Bianca Marcelino de Almeida: Rua Gino Biondi, 553 – Jaboticabeiras – Taubaté – SP CEP: 12031-220. Email: rbiancapsico@gmail.com

Denis Roberto Zamignani: Rua Dr Homem de Melo 211 ap 131 - Perdizes - São Paulo - SP - CEP 05007-000. Email denis@paradigmaac.org

A investigação sobre a atuação clínica do psicólogo teve início no início do século XX, com o objetivo de demonstrar a efetividade da psicoterapia por meio de uma linha de investigação denominada *pesquisas de resultado*. Desde então, foi possível constatar que a psicoterapia pode tratar efetivamente diversos problemas, tais como os transtornos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos psicóticos, transtornos alimentares, transtorno bipolar, transtornos de personalidade, entre outros (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019). Entretanto, os dados têm mostrado que, independentemente da abordagem teórica ou dos métodos utilizados - que, por vezes, são bastante diversos -, os índices de eficácia se mostram bastante semelhantes. Tal constatação levou à necessidade de mais investigações sobre o que ocorre no interior do processo terapêutico (Klostermann, Migone & Mahadeo, 2019).

Kerbaui (1981), ao descrever os primeiros trabalhos realizados por Terapeutas comportamentais, afirmou que a aplicação das técnicas não alcançava os resultados esperados em todos os casos, o que fez com que surgissem dúvidas com relação à possibilidade de outras variáveis, tais como as características do Cliente e os comportamentos do Terapeuta exercerem influência sobre o resultado do processo terapêutico.

A pesquisa clínica se voltou para o processo da psicoterapia a partir de 1960. Desde então, muitos estudos passaram a investigar a dinâmica da relação terapeuta-cliente e as correlações com o sucesso em termos de alcance de objetivos terapêuticos (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Hayes, Kohlenberg & Melacon, 1989; Rosenfarb, 1992; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Meyer & Vermes, 2001; Novaki, 2003; Donadone & Meyer, 2005; Zamignani,

2007; Meyer, 2009). Os pesquisadores se dedicaram a identificar e descrever regularidades na psicoterapia em busca dos mecanismos de mudança que ocorrem nas sessões (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986). Em muitos dos estudos de processo, a sistematização de tais regularidades passou a ser feita em termos de *categorias de registro* de comportamentos (Meyer, 2009). Para tanto, pesquisadores têm utilizado a observação direta como sua principal estratégia metodológica, com sessões gravadas em áudio ou vídeo, e posterior categorização dos comportamentos emitidos na sessão (Zamignani, 2007).

Os dados produzidos pelos estudos de processo trazem achados importantes sobre a psicoterapia. Por exemplo, sabe-se que algumas terapias são mais efetivas que outras para determinados tipos de problemas; sabe-se também que a qualidade da relação entre Cliente e Terapeuta é condição importante para o alcance de bons resultados na psicoterapia (APA, 2013); os dados sustentam ainda a hipótese de que a experiência clínica do Terapeuta, bem como a escolha do método de intervenção, irá influenciar pouco no processo terapêutico (Klostermann, Migone & Mahadeo, 2019; Meyer e Novaki, 2002; Novaki, 2003).

Historicamente, pesquisas de processo e de resultado foram vistas como domínios separados. As pesquisas de processo referiam-se ao que ocorria na sessão de terapia e as pesquisas de resultado às mudanças alcançadas ao final do processo. No entanto, essa dicotomia tem sido abandonada e, desde a década de 1980, os pesquisadores têm conduzido estudos denominados *processo-resultado*, dedicados a “identificar, descrever, explicar e prever os efeitos do processo responsáveis pela mudança terapêutica” (Greenberg, 1986). Na referida modalidade de estudo, ambos os aspectos, processo e resultado, têm sido investigados como um *continuum*. O

resultado pode ser medido de forma significativa ao longo do processo, em muitos pontos do tratamento e do follow-up (Greenberg & Pincus, 1986).

De acordo com Meyer (2009,2012), os estudos de processo-resultado são valiosos para a identificação de mecanismos de mudança, bem como para produzir evidências empíricas que dão suporte às decisões tomadas pelo Terapeuta, e para ajudar na formulação de teorias que expliquem o fenômeno encontrado na atuação clínica.

No Brasil, o estudo da psicoterapia analítico-comportamental por meio de pesquisas de processo-resultado teve início em 1990. Desde então, inúmeros estudos têm sido produzidos, investigando diferentes questões do processo terapêutico (Barbosa, 2001; Brandão, 2003; Yano, 2003; Novaki, 2003; Nardi, 2004; Taccola, 2004; Donadone, 2004 e 2009; Del Prette, 2006 e 2011; Zamignani, 2007; Ireno, 2007; Rocha, 2008; Silveira, 2009; Meyer, 2009; Starling, 2010; Xavier, 2010; Kameyama, 2011; Sadi, 2011; Oshiro, 2011; Villas Boas, 2011; Rossi, 2012; Geremias, 2013; Mangabeira, 2013).

Zamignani e Meyer (2007) constataram dificuldade para a sistematização do conhecimento produzido até então, uma vez que cada investigação lançava mão de diferentes instrumentos de categorização de comportamentos na sessão. Em função disso, os autores realizaram uma sistematização das categorias utilizadas nos diferentes estudos, a partir das quais desenvolveram o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica – SiMCCIT. Este instrumento é composto de três eixos, cada um representando uma dimensão ou aspecto do comportamento do participante da díade terapêutica. O Eixo I refere ao comportamento verbal vocal e verbal não vocal do Terapeuta (15 categorias) e do

Cliente (13 categorias), com qualificadores de tom emocional (6 categorias) e de gestos ilustrativos (2 categorias). O Eixo II refere-se ao tema da sessão (16 categorias), com qualificadores de enfoque no tempo (5 categorias) e na condução do tema (5 categorias). Por fim, o Eixo III contempla as respostas motoras do Terapeuta e do Cliente (5 categorias). Cada categoria conta com uma descrição detalhada, que inclui: definição, caracterização geral, critérios de inclusão/ exclusão, um nome simplificado e uma sigla.

Desde seu desenvolvimento o SiMCCIT tem sido utilizado por diversos pesquisadores (Donadone & Meyer, 2005; Del Prette, 2006; Rocha, 2008; Meyer, 2009; Silveira, 2009; Oshiro, 2011; Pergher & Negrão, 2012; Peron, F. & Lubi, A. P. L., 2012; Rodrigues et al., 2013; Carvalho, Kanamota & Bolsoni-Silva, 2013; Simões Filho, 2014; Kanamota, Bolsoni-Silva, & Kanamota, 2016; Borges, Gonçalves & Pinto, 2017; Chagas, & Bessa, 2017; Nobile, Garcia, & Silva, 2017; Tozze, & Bolsoni-Silva, 2018; Garcia, Bolsoni-Silva & Nobile, 2018).

As pesquisas que utilizam o SiMCCIT estão relacionadas à: frequência e/ou duração de comportamentos específicos; comparação sistemática entre estudos de categorias iguais ou interacionais; comparação entre sessões de um mesmo processo; comparação entre diferentes etapas de um mesmo processo; comparações entre diferentes casos clínicos; análise de sequências de comportamentos emitidos na sessão; observação de classes complexas de análises; descrição e análise de processos clínicos; ensino de habilidades terapêuticas (Peron & Lubi, 2011; Zamignani, 2014a; Zamignani, 2014b).

Uma das formas de estudar a interação terapêutica é sistematizar os dados de observação em torno de classes de comportamento do terapeuta e do cliente e, para

tanto, o SiMCCIT tem se destacado como uma ferramenta de extrema relevância na produção de evidências. Questões relacionadas ao estilo de intervenção do Terapeuta também podem ser estudadas a partir de uma perspectiva de categorização. Dentre os possíveis estilos de intervenção do Terapeuta podem se destacar as intervenções *prescritivas* e as intervenções *reflexivas*.

Intervenções *prescritivas*, normalmente, envolvem comportamentos do Terapeuta de ensinar e confrontar, incluindo aprovação e desaprovação de comportamentos do Cliente, conforme o planejamento terapêutico. As ações do Terapeuta visam a proposição de regras ao Cliente, seja em termos de análises apresentadas pelo próprio Terapeuta, seja em termos de conselhos ou ainda da manipulação direta de contingências - dentro ou fora da sessão. Propõe-se que este estilo de intervenção promova a mudança comportamental do Cliente por meio do desenvolvimento de novos repertórios. A literatura aponta que intervenções prescritivas tendem a promover, como efeito, respostas de dependência, resistência e oposição do Cliente (Stiles, 1980; Beutler et al., 2002).

Intervenções *reflexivas*, por sua vez, são caracterizadas por facilitação e empatia do Terapeuta, envolvendo preferencialmente ações do Terapeuta que tendem a evocar respostas de auto-observação e promover a construção de auto regras por parte do Cliente (Rodrigues et al., 2013). Neste estilo de intervenção, em vez de recomendações e conselhos por parte do Terapeuta, são priorizadas intervenções que promovam no Cliente o desenvolvimento de repertório verbal de *reflexão* (Hill, 1978) ou *estabelecimento de relações* (Zamignani, 2007).

Zamignani (2007), afirma que o comportamento do Terapeuta de solicitar *reflexão* geralmente produz o comportamento do Cliente de estabelecer relações. As

relações estabelecidas pelo Cliente durante a sessão são construídas e se modificam no decorrer do processo terapêutico.

Assim, em um processo terapêutico bem sucedido, supõe-se que o Terapeuta promova (direta ou indiretamente) o desenvolvimento de descrições verbais mais completas, coerentes e consistentes por parte do Cliente, conforme o progresso da terapia (Kohlenberg & Tsai; 2001).

Rodrigues et al. (2013) apontam a necessidade de continuidade no estudo sobre intervenções reflexivas no processo terapêutico analítico-comportamental, visto que existem poucos dados na literatura que abordam o assunto. Segundo os mesmos autores, estudos que permitam a caracterização e a avaliação da efetividade de intervenções desta natureza poderiam contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento da prática terapêutica nesta abordagem.

A Análise Comportamental Clínica sustenta intervenções individualizadas, uma vez que a singularidade da história de vida de cada organismo deve ser analisada de acordo com cada contexto apresentado (Sidman, 1960). Tal princípio traz como decorrência o estudo do comportamento por meio de delineamentos de sujeito único (Sidman, 1960; Leintenberg, 1973; Kazdin, 1982; Hilliard, 1993). A lógica deste delineamento de pesquisa é pautada no sujeito como seu próprio controle. Assim, o comportamento do indivíduo é comparado sob diferentes condições experimentais, isto é, o comportamento apresentado em uma condição A (linha de base) serve como controle para se avaliar os efeitos de variáveis introduzidas, retiradas ou modificadas em outra condição experimental, independente de quantas condições forem propostas (Skinner, 1966).

A opção por delineamentos de caso único leva também à confluência entre os estudos desenvolvidos no âmbito da análise do comportamento clínica e a investigação do fator terapêutico denominado *responsividade* (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998, Stiles, 2009, Krause & Lutz, 2009; Koyne, Constantino, & Muir, 2019). Para Kanamota et al (2019) o termo “responsividade terapêutica” refere-se ao responder do Terapeuta contíguo e contingente às necessidades do caso clínico e às variáveis de contexto da sessão terapêutica, tendo em vista as análises molecular e molar do caso.

O estudo da responsividade terapêutica é um movimento voltado à ética e ao comprometimento do pesquisador frente à necessidade do Cliente que se submete ao tratamento-pesquisa. Kanamota et al (2019) apontam que a excessiva manipulação de dados na pesquisa, com função de maximizar resultados e atingir metas de tratamento, traria um viés indesejado. Tal viés poderia dificultar a generalização dos dados de pesquisa para a realidade do atendimento clínico. Ao contrário da suposta homogeneidade de procedimento sugerida pelos ensaios clínicos randomizados, há um ajuste momento a momento na interação terapêutica, por meio do qual o Terapeuta e o Cliente modulam seus comportamentos à demanda terapêutica e ao interlocutor. Em função disso, Stiles (2009) também sugere a adoção de modelos de pesquisa que investiguem a eficácia da psicoterapia com estudos de caso.

Para tanto, Kanamota et al. (2019) apontam para o compromisso do Terapeuta em priorizar o bem-estar do Cliente no contexto da pesquisa aplicada. Tal compromisso requer criatividade metodológica por parte do pesquisador para eleger um delineamento que acolha, de maneira responsiva, às demandas do Cliente, ao

mesmo tempo em que sejam respeitados os critérios científicos e éticos para o controle de variáveis, a fim de garantir a qualidade dos dados produzidos.

Dentre os delineamentos experimentais de caso único, o delineamento do tipo multielemento tem sido indicado por sua flexibilidade quanto ao momento de introdução das VIs. O referido delineamento propõe que cada condição experimental seja apresentada e trocada rapidamente, ao invés de um período prolongado como em outros delineamentos. Desta forma, pretende-se minimizar os efeitos de possíveis sequências de um único tipo de intervenção, permitindo ao pesquisador formular um experimento que se aproxime da realidade dos processos clínicos, por exemplo. Assim, o pesquisador pode contribuir com a ciência sem abster-se do compromisso ético com o participante que recebe o serviço do atendimento clínico.

Portanto, o objetivo do presente estudo é verificar o efeito de intervenções reflexivas sobre o repertório do Cliente em uma intervenção clínica na abordagem analítico comportamental, por meio de um experimento com o delineamento de sujeito único em um arranjo de multielemento.

O estudo tem como objetivos específicos: (1) comparar o comportamento do Cliente de Estabelecer Relações em duas condições experimentais do comportamento do Terapeuta - (a) Intervenções Reflexivas e (b) Intervenções Controle; (2) analisar a qualidade das reflexões estabelecidas pelo Cliente nos episódios de categoria CER; (3) analisar a autoavaliação de comportamentos alvo do Cliente ao longo do experimento.

MÉTODO

Participantes

Foram participantes deste estudo uma terapeuta e uma cliente.

Cliente: a participante foi selecionada a partir de uma entrevista de triagem, atendendo aos requisitos: a) presença de respostas verbais vocais com ou sem necessidade de dica verbal do Terapeuta (Cliente responder às perguntas da Terapeuta de maneira coerente e/ou falar espontaneamente); b) volume sonoro de fala adequado para a captação da voz pelos equipamentos utilizados para registro de áudio das sessões; c) maior de 18 anos; d) disponibilidade em comparecer às sessões semanais nos horários disponibilizados pela Terapeuta. *Jú* (nome fictício) tinha 30 anos de idade no período em que foi atendida no consultório particular da Terapeuta (primeira autora). Escolaridade de nível técnico em Segurança do Trabalho, nunca atuou na área - embora relatasse interesse. Trabalha desde os 17 anos com estética e cuidados femininos. Refere relação heteroafetiva estável (há 10 anos) e um filho de 2 anos - fruto deste relacionamento. Afirmou não lhe agradar o título 'casada', uma vez que não há registro civil ou religioso. Algumas questões do relacionamento eram fonte de ansiedade para a Cliente. A Cliente apresentou como queixas iniciais sintomas fisiológicos de ansiedade, tais como náusea e vômitos, episódios de taquicardia e dores de cabeça intensas, com prejuízo ocupacional e emocional significativos. Segundo relatou, os episódios de ansiedade propiciavam o aumento da frequência de comportamentos de agressividade e de irritabilidade, impactando negativamente suas relações interpessoais.

Terapeuta: primeira autora deste estudo - Psicóloga Analista do Comportamento, 33 anos, casada, sem filhos, com experiência clínica de 10 anos no

momento da coleta de dados. Contou com supervisão de uma Psicóloga Analista do Comportamento, com experiência de mais de 30 anos.

Considerações Éticas

Seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas em seres humanos, antes de iniciar o processo de coleta de dados, Terapeuta e Cliente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AnexoI).

Nestes termos foram garantidos o sigilo dos procedimentos e o direito do participante retirar-se a qualquer momento do estudo sem prejuízo de seu atendimento. Os autores se comprometeram a publicar os dados apenas com fins didáticos e de pesquisa, mantendo a identidade dos participantes totalmente preservadas.

O referido projeto foi aprovado pelo CONEP comitê de ética em pesquisa, sob o cadastro CAAE: 30444014.2.0000.5493 e parecer 680284.

Materiais e Instrumentos

O registro das sessões se deu por meio de um gravador de áudio do aparelho celular modelo Samsung J5 e um notebook da marca DELL.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram:

● *SiMCCIT - Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica*: Este instrumento de pesquisa foi utilizado para a realizar a categorização das verbalizações da Terapeuta e da Cliente

durante as sessões. Para este estudo, foram utilizadas apenas algumas das categorias do Eixo 1 – Comportamento Verbal Vocal do Terapeuta e do Cliente (Anexo III). O *SiMCCIT* é composto por três eixos de categorização e cada eixo representa uma dimensão ou aspecto do comportamento dos participantes: Comportamento Verbal, Temas e Respostas Motoras. Conta com um software para o treino padronizado de observadores que contém dois pacotes de atividades sequenciais: 433 atividades para o treino das categorias referentes ao Terapeuta e 265 atividades para o treino das categorias referentes ao Cliente.

● *Escala Paradigma de Reflexão e Insight*: Este instrumento de pesquisa foi utilizado para analisar a qualidade das verbalizações de reflexão e verbalizações de estabelecimento de relações emitidas pela Cliente durante as sessões de psicoterapia. Trata-se de um instrumento de pesquisa ainda em desenvolvimento, que se aplica para a avaliação da qualidade e a complexidade das relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) estabelecidas pelo Cliente, seja sobre o próprio comportamento, sobre o comportamento de terceiros ou outros eventos, descritas de forma explícita ou sugeridas por meio de metáforas ou analogias. O instrumento pode ser aplicado como um qualificador para a categoria do *SiMCCIT* do tipo CLIENTE ESTABELECE RELAÇÃO¹ (Anexo III), ou como um instrumento de avaliação de verbalizações de insight ou reflexão em qualquer processo terapêutico. A *Escala Paradigma* é composta por uma escala quantitativa de oito pontos (-4 a +4) que avalia em termos de um *continuum* a reflexão apresentada pelo Cliente. A

¹ Vale destacar que, de modo a garantir a responsividade terapêutica (Stiles, 1999), outras categorias de comportamento do Terapeuta poderiam ocorrer em ambas as condições experimentais. No entanto, o destaque das categorias em questão visava dirigir a atenção do Terapeuta ao modelo de intervenção esperado na condição experimental.

avaliação de cada verbalização de reflexão do Cliente deve se dar a partir de 4 critérios, que se combinam entre si e oferecem ao pesquisador pontuação referente à qualidade das verbalizações reflexivas do Cliente em cada unidade de fala, ao final de uma sessão ou ao longo de um processo terapêutico. Tal pontuação permite ao pesquisador ou Terapeuta clínico analisar quantitativa e qualitativamente o processo de desenvolvimento da habilidade do Cliente de emitir verbalizações reflexivas mais ou menos complexas de acordo com a intervenção terapêutica. Um modelo de sessão analisada com o formulário padrão desta *Escala Paradigma* se encontra no Anexo IV.

● *Escala Individualizada de Comportamentos Alvo*: Este instrumento de pesquisa foi utilizado para a definição e avaliação dos comportamentos alvo da Cliente durante o processo de psicoterapia, de maneira sistematizada. A *Escala Individualizada*, ainda em desenvolvimento, baseia-se nas recomendações de Borckardt et al. (2008) e se dá como um instrumento sistematizado para fins de pesquisa e como um possível instrumento para utilização na prática clínica. Como o nome sugere, a *Escala Individualizada* é construída com o Cliente, a partir de seus relatos, já nas primeiras sessões. A construção consiste em uma tarefa conjunta entre Terapeuta e Cliente na eleição de ao menos três comportamentos alvo dos quais o Cliente pretende obter melhora com auxílio da terapia. A díade se engaja na produção de textos que descrevem, brevemente, os determinados comportamentos em uma pior e uma melhor versão, de acordo com as suposições e termos aplicados pelo Cliente. A pontuação é registrada numa escala *Likert*, que vai de zero à dez. A maior pontuação da escala revela o aumento do sintoma no período avaliado, enquanto a menor pontuação revela a diminuição do sintoma no período avaliado. O instrumento deve ser respondido em papel impresso ou em recurso eletrônico. O Cliente deve responder

de acordo com sua auto-observação ao longo da última semana, levando em conta o período compreendido entre a última sessão e o momento da avaliação. Um modelo preenchido com os Comportamentos Alvo desta Cliente encontra-se no Anexo V.

Segundo Borckardt, et al (2008), o acompanhamento contínuo do estado dos sintomas do cliente durante o processo de psicoterapia pode, potencialmente, fornecer conjuntos de dados bem adaptados para revelar se, quando e por que, uma intervenção funciona.

- Outcome Questionnaire - OQ 45.2: Este instrumento de pesquisa foi utilizado para fins comparativos ao instrumento da Escala Individualizada supracitada. É um instrumento com tradução e adaptação cultural, mas não validado para a população brasileira, e tem como finalidade avaliar o progresso do paciente, repetidamente, durante a psicoterapia. O instrumento é composto por 45 itens, sendo 25 itens relacionados a desconforto subjetivo, 11 itens sobre relacionamentos interpessoais e nove sobre desempenho de papel social. Segundo Carvalho e Rocha (2009) não é um instrumento teoricamente orientado, podendo ser aplicado a psicoterapias de diferentes fundamentações teóricas e apresenta evidências de validade e consistência interna, em sua versão original.

Delineamento

O delineamento utilizado no presente estudo foi o de *multielementos*, também denominado tratamentos alternados ou tratamentos simultâneos (Barlow & Hayes, 1979). Este modelo permite ao pesquisador apresentar duas ou mais condições experimentais, em um padrão rápido e intercalado, em um curto período, a fim de verificar possíveis relações funcionais entre variáveis ambientais e o comportamento

do sujeito experimental. Deste modo, é possível avaliar as contribuições relativas dos componentes individuais de um pacote de intervenção, assim como as investigações paramétricas com diferentes valores de uma variável independente (Alberto & Troutman, 1999; Kazdin, 1982, 2009; Velasco, 2010).

Neste estudo as Variáveis Dependentes (VD) foram (1) o comportamento do Cliente da categoria CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (CER) e as mudanças nos escores das escalas (2) Escala Individualizada de Comportamentos-alvo e (3) Escala OQ-45, enquanto a Variável Independente (VI) foi o comportamento da Terapeuta da categoria TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO (SRF).

As condições experimentais foram alternadas entre A - Intervenções Reflexivas e B - Intervenções Controle, em uma distribuição aleatória, a fim de verificar os efeitos da VI sobre a VD.

Procedimento

Foram coletados dados referentes a 25 sessões de psicoterapia. Todas as sessões foram realizadas em consultório particular da Terapeuta e primeira autora deste estudo. Os registros foram feitos em gravação de áudio e posteriormente transcritas. A transcrição das sessões foi realizada por uma psicóloga recém-formada, contratada para a tarefa.

As primeiras cinco sessões foram de linha de base e destinadas à elaboração da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo. As 20 sessões seguintes foram distribuídas randomicamente por meio de um aplicativo online de randomização (<https://sorteador.top>) entre sessões Controle e Reflexivas. Foi introduzido como

critério de randomização que não houvesse mais de duas sessões seguidas da mesma condição experimental. Constam ainda neste estudo uma sessão de Sonda e uma sessão de Follow-up. A distribuição definitiva das sessões se apresenta no Quadro 1.

QUADRO 1: estrutura do delineamento experimental utilizado.

SESSÃO	FASE	CONDIÇÃO
1	A	Linha de Base
2	A	Linha de Base
3	A	Linha de Base
4	A	Linha de Base
5	A	Linha de Base
6	C	Intervenção Controle
7	B	Intervenção Reflexiva
8	C	Intervenção Controle
9	B	Intervenção Reflexiva
10	C	Intervenção Controle
11	B	Intervenção Reflexiva
12	B	Intervenção Reflexiva
13	C	Intervenção Controle
14	C	Intervenção Controle
15	B	Intervenção Reflexiva
16	C	Intervenção Controle
17	B	Intervenção Reflexiva
18	C	Intervenção Controle
19	B	Intervenção Reflexiva
20	B	Intervenção Reflexiva
21	C	Intervenção Controle
22	B	Intervenção Reflexiva
23	C	Intervenção Controle
24	B	Intervenção Reflexiva
25	C	Intervenção Controle
26	Sonda	atendimento típico
27	Follow-up	atendimento típico

Fase A

Características das sessões de Linha de Base

As sessões de 1 a 5 foram destinadas à coleta de dados gerais da Cliente, sua história de vida, apresentação da queixa e elaboração da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo. Para tanto, foram determinados 4 comportamentos-alvo e os critérios para a avaliação semanal.

Durante estas sessões, a Terapeuta realizou intervenções prioritariamente empáticas, caracterizadas preferencialmente por verbalizações da categoria EMPATIA, SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO. Nestas sessões a Terapeuta deveria evitar especialmente verbalizações da categoria SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO. Intervenções de categoria RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO também deveriam ser evitadas, sendo utilizadas unicamente para a confirmação ou atualização de informações sobre o contrato terapêutico. Intervenções da categoria INTERPRETAÇÃO foram restritas à síntese ou resumo dos eventos relatados pela Cliente, sem a elaboração de novas análises ou relações por parte da Terapeuta.

De acordo com Kratochwill (2012), na pesquisa aplicada devemos adotar o critério mínimo de cinco pontos de análise para Linha de base, o que difere de outros modelos de pesquisa em que se faz necessário observar a estabilidade dos pontos analisados.

Fase B

Características das sessões da condição experimental Reflexiva

Nesta condição experimental, a Terapeuta realizou Intervenções Reflexivas, com destaque especialmente a verbalizações da categoria SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO. Foram evitadas verbalizações da categoria RECOMENDAÇÃO. Nesta fase da intervenção, a Terapeuta dedicou-se ao desenvolvimento do repertório de auto-observação e construção de autorregras por parte da Cliente (Zamignani, 2007). Verbalizações de categoria INTERPRETAÇÃO foram eventualmente utilizadas pela Terapeuta, desde que fossem apresentadas como parte do processo de modelagem do repertório de auto-observação e estabelecimento de relações por parte do Cliente.

Fase C

Características das sessões da condição experimental Controle

Nesta condição, a Terapeuta apresentou preferencialmente verbalizações das categorias EMPATIA, SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO, evitando intervenções como as de categoria RECOMENDAÇÃO ou INTERPRETAÇÃO. Verbalizações da categoria SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO foram especialmente evitadas como diferenciação da condição experimental. Nesta condição as intervenções do Terapeuta tiveram como objetivo acolhimento, audiência não punitiva, aceitação e cuidado.

Características da sessão de Sonda

Na sessão de Sonda a Cliente continuava no processo psicoterápico, em sessões semanais, com a mesma Terapeuta - ainda que o manejo experimental tivesse sido encerrado há quatro meses. Neste momento se deu o encerramento do período de

sessões ofertado à participante, conforme contrato com a Cliente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta sessão não tinha uma modalidade de atendimento ou de intervenção pré-definida. A Terapeuta buscou realizar um atendimento nos padrões que realizava em seus atendimentos particulares fora da pesquisa.

Características da sessão de Follow-up

A sessão de follow-up aconteceu sete meses após a sessão de Sonda e 11 meses após o final do manejo experimental.

A Cliente entrou em contato com a Terapeuta-pesquisadora, espontaneamente, solicitando retorno à terapia, uma vez que esta possibilidade foi ofertada à participante. Tal possibilidade se deu, haja vista que a coleta de dados do experimento aconteceu em consultório particular.

Nesta sessão não foi determinada uma modalidade de intervenção como no experimento (Controle ou Reflexiva), embora a Terapeuta tenha apresentado verbalizações de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, de modo a evocar respostas de Estabelecimento de Relações da Cliente (CER) e assim permitir a avaliação da qualidade das reflexões apresentadas pela Cliente no momento.

Seleção das sessões para análise

Foi selecionada para análise uma amostra de 14 sessões, sendo: quatro de Linha de Base, quatro Controle, quatro Reflexivas, uma de Sonda e uma de Follow-up. A seleção e distribuição se deram levando em consideração as diferentes etapas do experimento, bem como do processo psicoterápico, como constam no Quadro 1.

Procedimento de sistematização e análise dos dados

Aderência ao protocolo: A aderência da terapeuta ao protocolo de intervenção em cada condição foi avaliada de acordo com a frequência de ocorrência da categoria SRF, conforme apresentado na primeira sessão dos resultados deste estudo (Figura 1).

Etapa 1: Na primeira etapa de análise de dados, a frequência das categorias SRF e CER foi quantificada em números totais e em porcentagens, como forma de uniformizar as comparações entre terapeutas e clientes, pois o tempo de cada sessão apresentou variação entre 40 minutos e 80 minutos.

Etapa 2: Na segunda etapa de análise de dados, esta pesquisa contou com a colaboração de uma equipe de quatro pesquisadoras com habilidades previamente treinadas para a aplicação da *Escala Paradigma de Reflexão e Insight*. A referida equipe de colaboradoras era graduada em Psicologia, com formação clínica em Análise do Comportamento, experiência como Terapeutas analítico-comportamentais há pelo menos dois anos e participantes de atividades do grupo de pesquisa TACN1 - Laboratório de Estudos de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental - sob coordenação do orientador deste trabalho. Para tanto, as colaboradoras se dividiram em duplas aleatórias, conforme a disponibilidade de tempo para a tarefa. A aplicação da *Escala Paradigma de Reflexão e Insight*, nas 14 sessões selecionadas, se deu a partir do julgamento das unidades de CER - que foram categorizadas pela pesquisadora na etapa anterior. Neste momento, coube à equipe colaboradora reavaliar a categorização das CER e registrar qualquer divergência de julgamento da categoria. Para a qualificação dos episódios de CER pela Escala Paradigma de Reflexão e Insight, foram considerados como uma unidade de análise uma sequência

contígua de verbalizações da Cliente nas quais ela analisava ou refletia a respeito de um mesmo tema, mesmo que entremeadas por falas da terapeuta - verbalizações de qualquer categoria que ocorriam simultaneamente às verbalizações da cliente, e que não interrompiam o fluxo de sua fala. Portanto, o total de verbalizações analisadas a partir da Escala Paradigma de Reflexão e Insight (Etapa 2) é diferente do total de falas do cliente categorizadas como CER (Etapa 1).

Etapa 3: Na terceira e última etapa, foram avaliadas as relações entre as mudanças no comportamento do Cliente nas diferentes condições da intervenção, por meio da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo e comparado aos dados do instrumento OQ-45.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor visualização, os dados serão apresentados em três seções: 1) ocorrências das categorias de SRF e CER ; 2) qualidade das CERs; 3) avaliação de sintomas.

1 - Ocorrências das categorias de SRF e CER

A Figura 1 apresenta o percentual de ocorrência de verbalizações da categoria TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO (SRF) e CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (CER), nas 14 sessões selecionadas para análise.

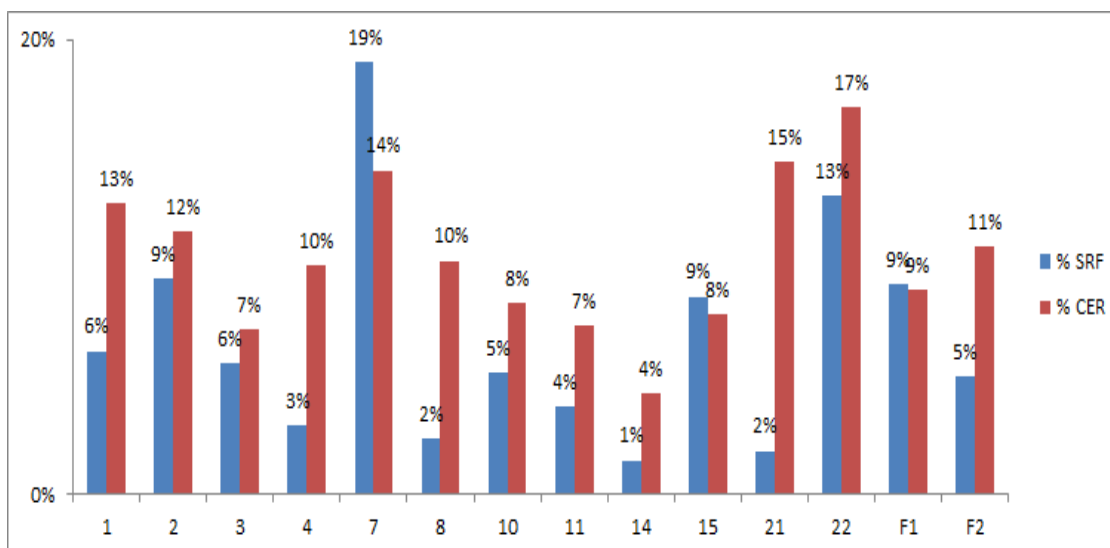


Figura 1: Percentual de ocorrência de segmentos de verbalizações categorizados como Terapeuta Solicita Reflexão (SRF) e Cliente Estabelece Relações (CER) com relação ao total de verbalizações de cada um dos participantes, em cada uma das 14 sessões selecionadas para o estudo.

Nota-se que a Cliente apresenta proporção relativamente alta de verbalizações de CER (13% - mais de 40 verbalizações) desde a Sessão 1, e mantém entre 4% e

17% ao longo de todo o estudo. Tal dado sugere que a cliente já apresentava o repertório de estabelecer relações, independentemente da intervenção terapêutica. O maior índice de CER ocorre na Sessão 22 (Reflexiva – 17%), enquanto o menor ocorre na Sessão 14 (Controle – 4%).

Quanto aos índices de SRF, verifica-se o maior índice da Terapeuta na Sessão 7 (Reflexiva - 19%), que refere à primeira sessão da condição experimental B – Intervenção Reflexiva. O menor índice da Terapeuta ocorre na Sessão 14 (Controle - 1%), dado relacionado também ao menor índice da Cliente, indicando que a referida sessão da condição experimental C - Controle também demonstra o impacto da VI sobre a VD, como previsto na escolha do modelo experimental para este estudo.

O maior índice de verbalizações do Terapeuta do tipo SRF nas sessões da condição Reflexivas comparado aos valores apresentados nas sessões de Linha de Base e Controle indica fidedignidade da intervenção ao protocolo proposto para o presente experimento. No entanto, de modo a garantir a responsividade terapêutica, não foi possível evitar completamente a emissão de SRF por parte da Terapeuta na condição Controle. Tais considerações são elucidadas na Figura 2, a seguir.

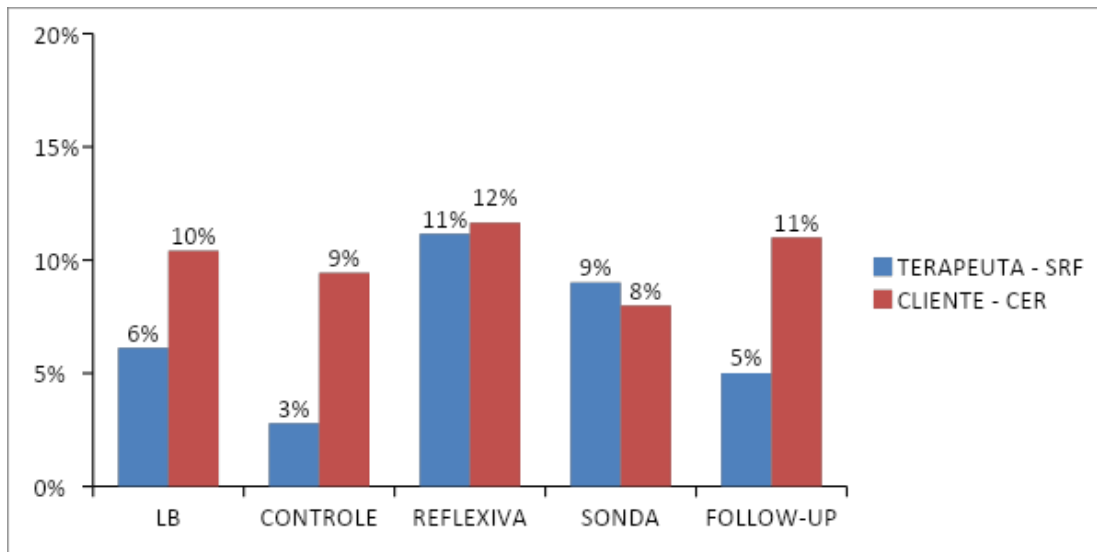


Figura 2: Percentual de ocorrência de segmentos categorizados como Terapeuta Solicita Reflexão (SRF) e Cliente Estabelece Relações (CER), em relação ao total de verbalizações de cada um dos participante, no total das sessões de cada uma das fases do estudo e nas sessões de Sonda e de Follow-up.

A Figura 2 apresenta os dados referentes ao percentual de ocorrência de verbalizações do Terapeuta da categoria SRF e verbalizações do Cliente da categoria CER, em cada fase do estudo: quatro sessões de Linha de Base, quatro sessões de Controle, quatro sessões de Reflexão, uma sessão de Sonda e uma sessão Follow-up.

Nota-se que a proporção de verbalizações da Terapeuta de SRF é maior (11%) em sessões Reflexivas que nas sessões Controle (3%) e Linha de Base (6%). Já as verbalizações da Cliente de CER mostram um padrão razoavelmente uniforme (entre 8% e 12%), independentemente da fase da intervenção.

Em pesquisas aplicadas há uma especificidade que deve ser referida quanto à exigência de estabilidade da VD na Linha de Base. Diferente do que se espera em outros delineamentos de estudos experimentais, a estabilidade da VD não é, necessariamente, um critério para a introdução da condição experimental. As recomendações de Kratochwill (2012), de adoção do critério mínimo de 4 pontos de

medida para a inserção das variáveis experimentais foram seguidas neste estudo. Assim, os dados desta Cliente destacam valores de CER que variam ao longo das sessões de Linha de Base, sem que se pudesse registrar estabilidade desses dados.

Na sessão de Sonda, é possível notar o índice de Terapeuta Solicita Reflexão (SRF) similar aos da condição Reflexiva. Tal fato pode estar relacionado à continuidade do processo terapêutico após a finalização do estudo (o manejo experimental se encerrou na 25ª sessão e até a sessão de Sonda a cliente continuou em atendimento). Assim, mesmo sem um tipo de intervenção pré-definido para esta sessão, o comportamento da Terapeuta sugere continuidade do modelo de intervenção Reflexivo.

A Sessão de Follow-up ocorreu após oito meses da sessão de Sonda, período em que o processo terapêutico havia sido interrompido (portanto, sem nenhuma intervenção). Nesta sessão observa-se que a Terapeuta emite uma proporção de verbalizações de SRF comparável à Linha de Base, porém o número de CER apresentado pela Cliente se mantém muito próximo aos valores das sessões anteriores, o que corrobora a afirmação anterior sobre a regularidade do repertório da cliente de estabelecer relações (CER).

A proporção de ocorrências de verbalizações de CER não mostra crescimento ao longo do tempo, tampouco na comparação entre as diferentes fases do experimento, em termos quantitativos (Figuras 1 e 2). Aparentemente, as mudanças no comportamento da Cliente de estabelecer relações (CER) ao longo da intervenção são mais de cunho qualitativo que quantitativo, como pode ser observado nas Figuras 3 e 4, a seguir.

2 - Qualidade das CERs

De modo a mostrar a variação na qualidade dos insights e das relações estabelecidas pela cliente (CER), a Figura 3 apresenta distribuição dos dados das verbalizações de CER qualificadas nos polos positivo e negativo, de acordo com a Escala Paradigma de Reflexão e Insight, em porcentagem e com valores de frequência absoluta. Em seguida, a Figura 4 apresenta os dados de pontuação média em cada fase do estudo, de acordo com a referida escala.

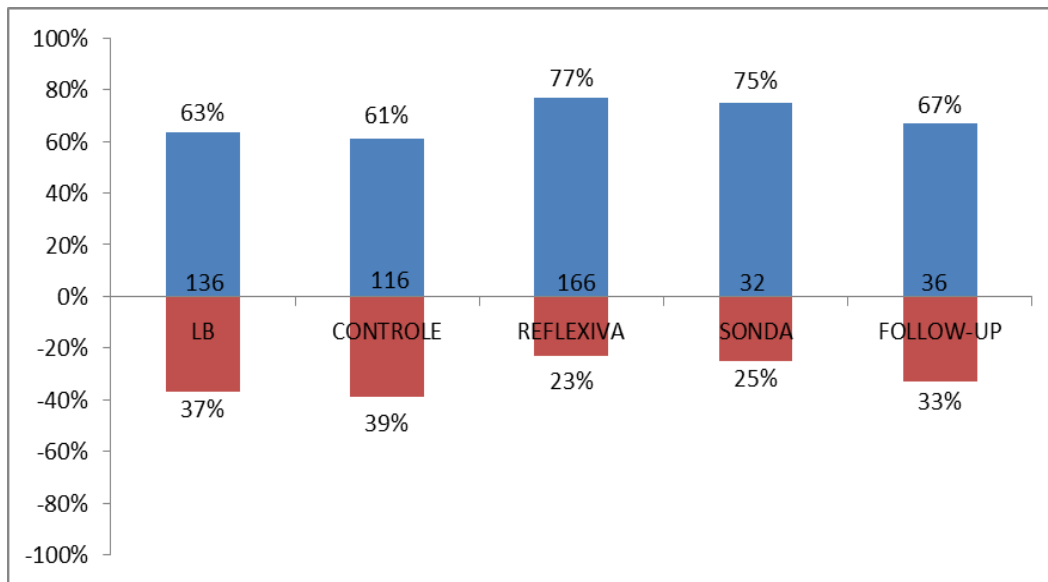


Figura 3: Percentual de verbalizações do Cliente da categoria CER qualificadas nos polos positivo e negativo da Escala Paradigma de Reflexão e Insight em cada uma das fases do experimento. O número apresentado próximo ao eixo refere-se à frequência absoluta de verbalizações CER em cada fase.

Na Figura 3 é observada diferença de 16 pontos percentuais na ocorrência de verbalizações dos polos positivo e negativo entre as sessões controle (61% positivo e 39% negativo) e as sessões reflexivas (77% positivo e 23% negativo). Tal diferença

mostra que, além de ser maior a proporção de verbalizações de melhor qualidade nas sessões Reflexivas, quando comparada em termos absolutos, o número de verbalizações de menor qualidade nas sessões Reflexivas (26 episódios) é menos que a metade do encontrado nas sessões controle (65 episódios).

Na sessão Sonda, cujas medidas foram tomadas enquanto o processo terapêutico continuava, observa-se que o índice se manteve semelhante às sessões da condição Reflexiva no que se refere à qualidade, tanto nas pontuações positivas quanto nas negativas. A semelhança dos dados pareceu sugerir um padrão de interação estabelecido nesta relação terapêutica ou um padrão de atuação desta Terapeuta, uma vez que se houve continuidade da terapia sem ocorrência de manejo experimental.

Já na sessão de Follow-up, após 8 meses sem intervenção, a proporção de insights qualificados no polo negativo foi intermediária entre os dados observados na condição Controle e na condição Reflexiva. Isso sugere que a intervenção terapêutica do tipo Reflexiva pode direcionar, de alguma forma, a qualidade da reflexão estabelecida pela Cliente. Também é possível que, na ausência de tal direcionamento, a reflexão e insight da Cliente seja de menor qualidade.

Os dados discutidos até aqui podem indicar que não houve manutenção de ganhos terapêuticos quanto ao repertório de estabelecer relações como efeito da intervenção. Entretanto, a Figura 4 permite analisar a média de pontuação em cada polo (positivo e negativo) e mostra que as Sessões Reflexivas produziram verbalizações da categoria CER com pontuação superior (+1,27 e -1,86) à Linha de

Base (+1,22 e -2,41) e à condição Controle (+1,16 e -1,99). Também, a média da pontuação nas Sessões Sonda (+1,87 e -1,88) e de Follow-up (+1,79 e -1,66) foram superiores à média da Sessão Reflexiva.

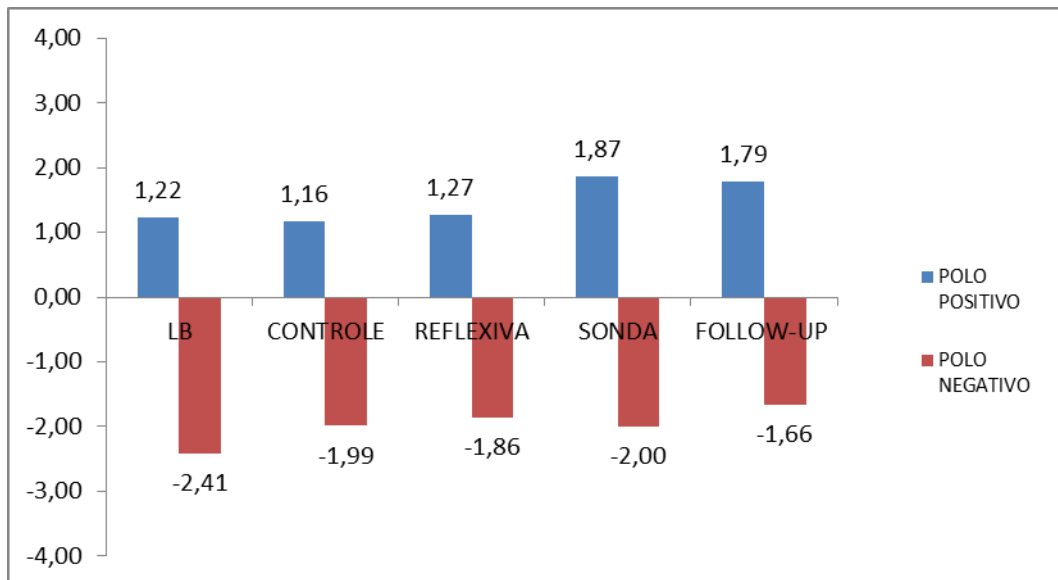


Figura 4: Percentual de verbalizações do Cliente do tipo CER qualificadas nos polos positivo e negativo da Escala Paradigma de Reflexão e Insight em cada uma das fases do experimento. O número apresentado próximo ao eixo refere-se à frequência absoluta de verbalizações nos respectivos polos em cada fase.

A Figura 5 apresenta a média de pontuação global da Escala Paradigma, por sessão, ao longo do processo.

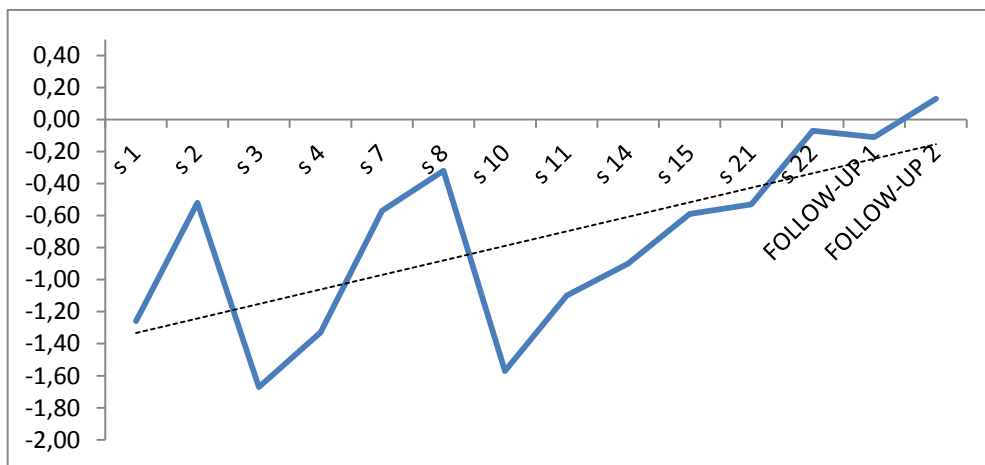


Figura 5: Média global de pontuação da qualidade das verbalizações de CER, de acordo com a Escala Paradigma de Reflexão e Insight, em cada uma das 14 sessões analisadas.

O gráfico apresentado na Figura 5 sugere um desenvolvimento gradual da qualidade das reflexões da Cliente, independentemente das fases do experimento. Como se pode notar na linha de tendência, a média de avaliação da qualidade das CERs atingiu o polo positivo somente na sessão de Follow-up. No entanto, há um padrão ascendente ao longo do processo, que se consolida a partir da Sessão 10 e se mantém até a Sessão de Follow-up. Os 3 últimos pontos de análise ao final do procedimento - das sessões 22, Sonda e Follow-up, respectivamente - estão acima da linha de tendência, o que permite afirmar que a melhora da qualidade das CERs ficou, estatisticamente, acima da expectativa.

Uma vez observada a melhora na qualidade das análises realizadas pela cliente ao longo do processo, resta verificar se esta melhora está relacionada à mudança nos seus sintomas e Comportamentos Alvo. Para tanto, foram medidos os resultados da intervenção por meio de dois instrumentos: Escala individualizada de Comportamentos-Alvo e OQ-45, cujos resultados serão apresentados nas Figuras 6, 7 e 8.

3 - Avaliação de sintomas

3.1. Escala Individualizada de Comportamentos Alvo

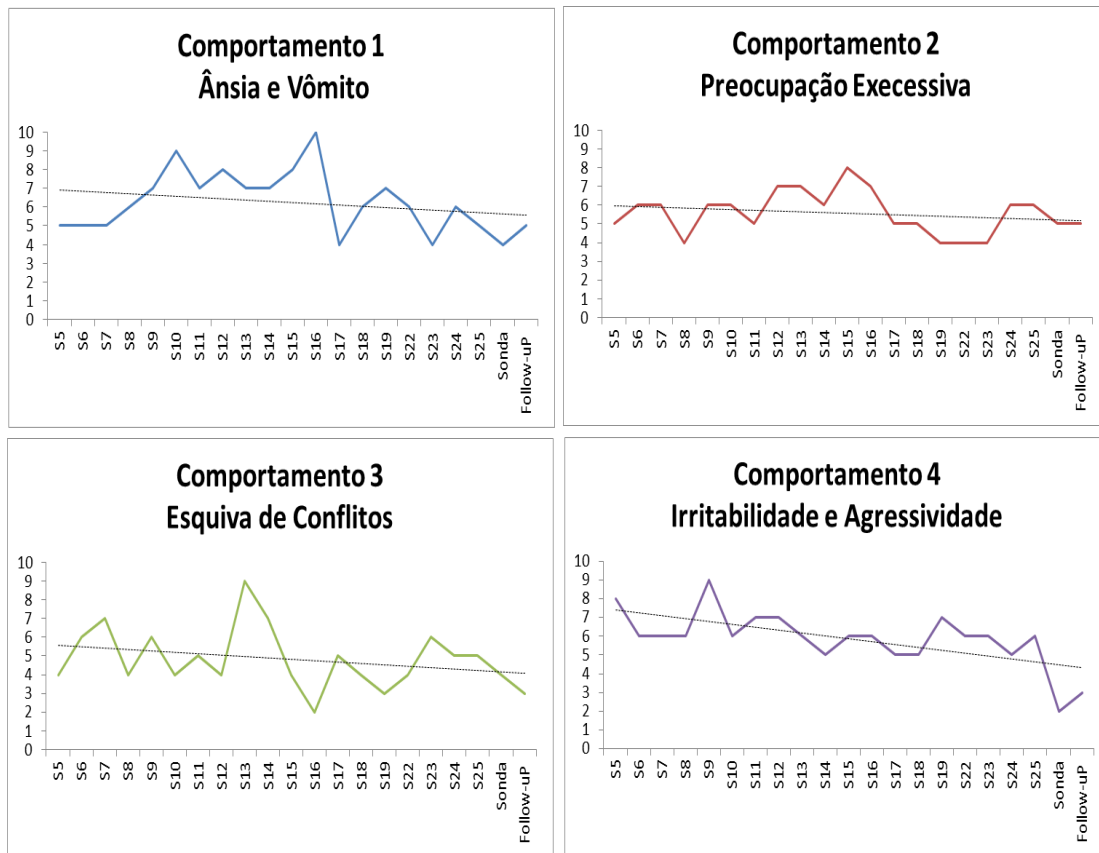


Figura 6: Pontuação em escala *Likert* de 1 à 10 da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo, com linha de tendência, dividida em 4 comportamentos: (1) ânسيا/vômito; (2) preocupação excessiva; (3) esquiva de conflitos e (4) irritabilidade e agressividade.

A Figura 6 apresenta os dados coletados semanalmente, desde a primeira sessão da condição de Intervenção até as sessões de Sonda e Follow-up, ou seja, da Sessão 5 à Sessão 27. Vale lembrar que as sessões de 1 a 5 foram dedicadas à construção da Escala. Além disso, por razões operacionais, não houve coleta deste dado nas sessões 20 e 21.

Observa-se na Figura 6 que o escore inicial relatado pela cliente nos Comportamentos Alvo 1, (Ânsia/Vômito) 2 (Preocupação Excessiva) e 3 (esquiva de conflitos) está abaixo da pontuação média (pontuação 5 e 4) do instrumento. Em primeira análise poder-se ia afirmar que estes não seriam comportamentos problema para a cliente. No entanto, antes que este dado houvesse sido coletado, a cliente já havia sido exposta a quatro sessões de Linha de Base. Nestas sessões, além de um provável efeito terapêutico produzido pela experiência de acolhimento e validação - característico de sessões iniciais de um processo terapêutico - a tarefa de construção em si do instrumento pode constituir um refinamento do processo de auto-observação. Supõe-se que parte da mudança terapêutica advém do repertório de auto-observação que é construído junto ao terapeuta (Rodrigues et al, 2013; Zamignani, 2007).

Os dados obtidos por meio da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo indicam melhora (diminuição do escore) em todos os comportamentos selecionados, conforme pode ser observado nas linhas de tendência, ainda que os dados apresentem uma variação significativa e descontinuada ao longo das sessões.



Figura 7: Pontuação da Escala Individualizada de Comportamentos Alvo, com linha de tendência, subdividida em 4 comportamentos: (1) ânsia/vômito; (2) preocupação; (3) esquiva de conflitos e (4) agressividade, na condição Controle (coluna à esquerda) e na condição Reflexiva (na coluna à direita).

De modo a verificar se houve diferença no escore da escala individualizada nas diferentes condições do experimento, a Figura 7 apresenta as linhas de tendência referentes às medidas tomadas na semana posterior às sessões controle (à esquerda) e às sessões reflexivas (à direita).

Nota-se que após as intervenções da condição Reflexiva, a linha de tendência indica melhora em todos os Comportamentos Alvo. Já nas medidas tomadas após a condição Controle, constata-se melhora apenas no Comportamento Alvo 4. Tais dados sugerem que o tipo de intervenção aplicado em cada sessão pode ter influenciado o comportamento desta Cliente. As diferenças constatadas entre as condições são semelhantes às diferenças encontradas na avaliação da Escala Paradigma de Reflexão e Insight.

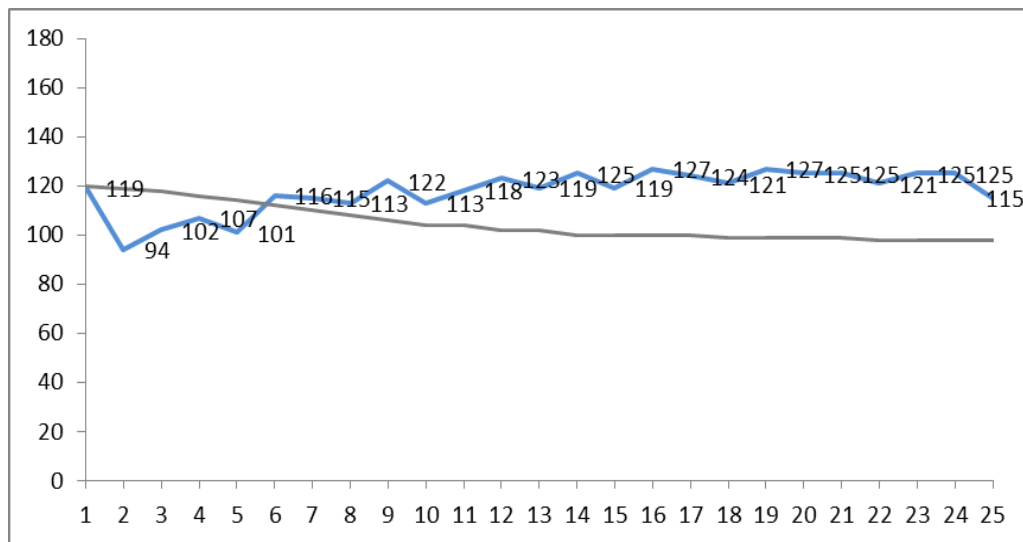


Figura 8: Pontuação do instrumento OQ45 de todas as 25 sessões do experimento, obtida pelo software OQ Analyst® - linha azul. Expectativa de melhora, de acordo com a população de referência do OQ45 – linha cinza.

Aparentemente, intervenções reflexivas, além de produzir análises de melhor qualidade, estão correlacionadas a melhoras no comportamento alvo - embora as diferenças sejam pouco significativas estatisticamente. Esta correlação, entretanto, não se manteve com relação aos dados obtidos com o instrumento OQ 45, como pode ser observado na Figura 8.

Na Figura 8 são apresentados os scores do instrumento OQ45. Observa-se que a pontuação geral da Cliente, durante todo o experimento, variou de 94 pontos a 127 pontos. Na média A Cliente atingiu score de 117.

O software utilizado para a correção permite comparar os dados da Cliente com o média de expectativa de melhora da população. Sendo assim, os dados mostram que esta Cliente não apresentou melhora, tampouco piora. A pontuação mais baixa nas quatro sessões iniciais parece seguir uma tendência em estudos de melhora em sessões de psicoterapia, que detectam melhoras significativas principalmente nas primeiras sessões (Lambert, 2010). Entretanto, a incompatibilidade das medidas obtidas entre as escalas (Escala Individualizada e OQ 45) não permite qualquer generalização, além de não contribuir para a inferência de Validade de Critério para a Escala Individualizada de Comportamentos-Alvo.

CONSIDERAÇÕES

O objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenções reflexivas sobre o repertório do Cliente em uma intervenção clínica na abordagem analítico comportamental.

Para tanto, a pergunta desta pesquisa foi: quanto mais o Terapeuta Solicita Reflexão (SRF) mais o Cliente Estabelece Relações (CER)? A Solicitação de reflexão do terapeuta pode levar a análises de melhor qualidade? Análises de melhor qualidade levam a melhor desempenho do cliente fora da sessão?

Com base na análise das 14 sessões, observou-se que esta Cliente apresentou aumento pouco significativo de frequência de CER diante de aumento da frequência de SRF da Terapeuta. A pesquisa aplicada, geralmente, requer adaptações e ajustes para que se aproxime da realidade da terapia sem que se perca o rigor metodológico da pesquisa. Portanto, a hipótese levantada para este resultado foi de que, dentre outras dificuldades encontradas no modelo de pesquisa aplicada, neste estudo não foi possível obter uma Linha de Base convencional, com scores suficientemente estáveis para que fossem produzidas evidências de melhora da Cliente durante a intervenção/experimento.

Posteriormente, buscou-se analisar a qualidade das verbalizações de CER e a correlação de melhora observada no autorrelato da Cliente, a fim de responder aos seguintes questionamentos: a) a qualidade das CERs muda ao longo da terapia? e b) qual o impacto de intervenções reflexivas nos sintomas relatados pela Cliente?

O progresso desta Cliente é salientado pelos resultados da análise da qualidade das verbalizações de estabelecimento de relações entre eventos (CER) por meio da

Escala Paradigma de Reflexão e Insight e dos relatos de melhora na Escala de Comportamentos Alvo.

Este estudo permitiu avaliar que houve melhora da qualidade das reflexões e insights da Cliente e os dados indicam, principalmente, que a melhora da qualidade se deu com o andamento da terapia e de acordo com o modelo terapêutico predominante de intervenções reflexivas. Entretanto, a melhora parece estar menos relacionada ao modelo de intervenção - Reflexiva ou Controle – que o andamento gradual do processo em si, com uma construção paulatina do repertório de auto-observação e auto-regras.

Quanto ao impacto da intervenção sobre os sintomas (ou Comportamentos Alvo) relatados pela Cliente nas primeiras sessões de Linha de Base, observou-se que sessões Reflexivas indicaram maior influência sobre o comportamento de autorrelato de melhora da Cliente do que sessões Controle.

Os escores dos instrumentos de resultado foram correlacionados para verificar a consistência das mudanças detectadas em cada instrumento. Neste estudo pode-se observar a correspondência entre os resultados da Escala Paradigma de Reflexão e Insight e a Escala Individualizada de Comportamentos Alvo, quando ambos sugerem a melhora da paciente. Em contrapartida, os resultados do OQ45 não indicam melhora.

De acordo com o propósito de cada instrumento levantaram-se algumas hipóteses sobre a divergência dos resultados: 1) a Cliente deste estudo pode ter ficado sob controle do tempo destinado a responder o instrumento, visto que ambos eram respondidos antes de iniciar a sessão, e muitas vezes a Cliente chegava atrasada, e respondia rapidamente aos instrumentos, sendo a Escala Individualizada composta de

apenas 4 critérios, enquanto o OQ45 é composto por 45 critérios, constituindo maior custo de resposta; 2) A cliente pode ter negligenciado o preenchimento do OQ45, pelo fato de os itens que o compõem serem mais generalistas, relacionados a queixas diversas. Esta característica pode ter tornado o instrumento menos significativo para a cliente em comparação com a Escala individualizada, já que esta última referia-se a tópicos levantados especialmente para seu caso e cujo preenchimento poderia aproxima-la de reforçadores intrínsecos; 3) pode ter ocorrido alguma falha na instrução sobre como a Cliente deveria responder ao OQ45. Uma característica da tradução do instrumento para o português é que a instrução não deixa tão evidente que seu preenchimento deve ser referente apenas à última semana.

Borckardt (2008) destaca que a questão genérica da melhora em série temporal levanta algumas dúvidas: “Há um efeito de fase? Há mudanças significativas nos sintomas-chave do paciente da condição de Linha de Base do pré-tratamento (Fase A) para a condição de tratamento (Fase B)? Se houver melhora, é digna de nota? A comparação crítica é entre o nível de pontos de sintoma relatados ou observados durante a Fase A (ou seja, antes do início do tratamento) e o nível de pontuação ou observações durante a Fase B (após o início do tratamento)?”. Então, o autor sugere que se faça bom uso de análises estatísticas do material coletado para que se tenha mais clareza do real impacto da intervenção sobre a melhora do cliente.

Como o pesquisador clínico está interessado em saber como esses fluxos de dados de sintoma se correlacionam com fases (por exemplo, linha de base, tratamento, acompanhamento), o número total de observações em todo o fluxo de dados e o número de observações em cada fase são importantes. Estatisticamente, o estudo usual de séries temporais tem cerca de 10-20 pontos de dados totais (Center,

Skiba, & Casey, 1985-1986, R. R. Jones et al., 1977; Sharpley, 1987). O SMA para séries temporais requer um mínimo de 10-16 observações totais no fluxo de dados (ou seja, 5-8 por fase). Neste experimento, contou-se com 5 observações de Linha de Base e 20 observações de Intervenção, totalizando 25 sessões. Porém, foi analisada uma amostra de 14 observações e duas sessões pós intervenção experimental.

Pode-se considerar que a pesquisa foi realizada com sucesso no que diz respeito ao delineamento experimental proposto. Os dados encontrados sugerem que intervenções reflexivas estão relacionadas à melhora do Cliente, uma vez que produz aumento de ocorrência – ainda que discreta – e aumento da qualidade de CER quando comparado a intervenções não-reflexivas. Tais constatações se assemelham ao resultado de estudos anteriores de Zamignani (2007) e Rodrigues et al. (2013), os quais revelaram que o comportamento do Terapeuta de solicitar reflexão (SRF), frequentemente, é seguido do comportamento do Cliente de estabelecer relação (CER).

A inspeção visual, na ocasião da leitura das transcrições, permitiu constatar que o tema da sessão também pode estar relacionado às variações da qualidade de cada unidade de CER. Por vezes, foi observado que a introdução de novos temas, que não haviam sido discutidos em sessão, produziu análises de menor qualidade de CER. No entanto, como este não era o objeto de análise, as categorias do Eixo II - TEMA DA SESSÃO, previstas no SiMCCIT, não foram utilizadas neste estudo. Sugere-se, portanto, novos estudos que levem em conta a correlação da qualidade das CERs com a análise das mudanças de tema intra e entre sessões, a adesão a novos temas e a retomada de temas difíceis.

O elo entre a pesquisa aplicada e prática profissional deve acontecer de maneira sistemática e com rigor científico. De tal forma é possível contribuir para a construção da ciência com coerência entre a produção de dados, mantendo o compromisso ético, por meio do uso de delineamentos de pesquisa consistentes (Albert & Troutman, 2003; Lourenço et al., 2009; Benitez, P. et al., 2019;). Segundo Skinner (1953) “A ciência avança do simples para o complexo; constantemente tem que decidir se os processos e leis descobertos para um estágio são adequados para o seguinte”, o que justifica a relevância de pesquisas como esta para a produção de tecnologia. A leitura deste estudo pode ajudar demais pesquisadores e Terapeutas a produzir evidências sobre a prática clínica.

Há perguntas às quais este estudo de caso único não foi suficiente para responder, mas que podem ser respondidas por pesquisas futuras, seja de replicação com mais sujeitos, ou em formatos mais refinados, tais como: uma vez na terapia, quando o paciente começa a melhorar (latência)? A que ritmo essa melhoria ocorre (inclinação)? Essas questões geralmente requerem estatísticas descritivas. Estudos futuros poderiam se beneficiar enormemente de Sistemas informatizado para Análise Comportamental, que permitisse a categorização dos comportamentos diretamente a partir do registro em vídeo, incluindo comportamentos não verbais e verbais não-vocais. Sistemas automatizados de análise de dados, conduzidos por meio de tecnologia de Machine Learning e Data Science poderiam também aumentar o alcance das previsões e análises, diminuindo o custo de resposta do pesquisador para categorização e análise de dados.

Referências

- Alberto, P. A. e Troutman, A.C. (2009). *Análise de comportamento aplicada para professores*, 8º, Upper Saddle River, NJ : Pearson.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.
- Barlow, D., & Hayes, S. (1979). Alternating treatments design: One strategy for comparing the effects of two treatments in a single subject. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 199–210.
- Benitez, P., Domeniconi, C. & Bondioli, R. M. (2019). Delineamento experimental em Análise do Comportamento: discussão sobre o seu uso em intervenções educacionais inclusivas. *Psicologia USP*, 30, e190003. Epub July 29, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190003>
- Beutler, L. E., Moleiro, C. & Talebi, H. (2002) Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *JCLP/ In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 207-217.
- Borckardt, Jeffrey J., Nash, Michael R., Murphy, Martin D., Moore, Mark, Shaw, Mark, & O’Neil, Patrick (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychological Association*, Vol. 63, No. 2, 77–95.
- Carvalho, L. F.; Rocha, G. M. A.(2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14 (3), 309-316.
- Carvalho. P. F; Kanamota, J. S. V.; Bolsoni-Silva, A. T. (2013). Um estudo de intervenção psicoterapêutica com mãe de adolescente com problema de comportamento. Em: D. R. Zamignani, e S. B. Meyer. *A Pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos*

a partir do Instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica). Editora Núcleo Paradigma (no prelo).

Del Prette, G. (2006). *Terapia Analítico-comportamental Infantil: Relações entre o brincar e comportamentos da Terapeuta e da criança*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Delitti, A. M. C. (2002). Avaliando sessões de Terapia Comportamental: um questionário pós-sessão é instrumento suficiente? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 119-133.

Donadone, J., & Meyer, S. (2005). Orientação e auto-orientação em atendimentos de Terapeutas analítico-comportamentais experientes e pouco-experientes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 219-229.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623-641.

Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 4-9.

Greenberg, L. S. (1994). The investigation of change its measurement and explanation. In R. L. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research*, 114-143. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule*

governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control (pp. 359-385). New York: Plenum.

Hill, C. E. (1978). The development of a system for classifying counselor responses. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373–380.

Isabel A., et al (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública*, 29 (1), 13-28.

Kanamota, P., Oliveira, A., Morais, W., Zamignani, D., de Almeida, R., Ramos, A. C., Pantet, A., de Oliveira, A. D., de Andrade, L. M., Hayamizu, N., & Rodrigues, B. (2019). O conceito de responsividade na Terapia Analítico Comportamental e suas implicações para a pesquisa de processo-resultado. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 114-128.

Klostermann K, Mignone T, Mahadeo M, et al.(2019). The truth about what works in psychotherapy. *J Psychol Clin Psychiatry*.10(1):57–58. DOI: 10.15406/jpcpy.2019.10.00627

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional* (F. Conte, M. Delliti, M. Z. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, trads.). Santo André, SP: ESETEc (Obra publicada originalmente em 1991).

Kovac, R., Zamignani, D. R. & Avanzi, A. L. (2009). Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. Em

R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*, Vol. 24, 314-324. Santo André: ESETec.

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadishi, W. R. (2012). Single-Case Intervention Research Design Standards. In: Remedial and Special Education published online 15 August 2012 William R. Shadish.

Krause, MS, & Lutz, W. (2009). Processo transforma entradas para determinar resultados: Os terapeutas são responsáveis pelo gerenciamento do processo. *Psicologia Clínica: Ciência e Prática*, 16 (1), 73–81. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01146.x>

Lambert, M. J. (2010). *Prevention of Treatment Failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC, American Psychological Association.

Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 87–101

Luborsky L, Singer B, Luborsky L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*. 1975 Aug;32(8):995-1008.

Meyer, S.B & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Range (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (p.101-110). Porto Alegre: Artmed.

Meyer, S. B. (2009). *Análise de 'solicitação de informação' e 'recomendação' em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de livre-docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Meyer, S. B. (2012). Delineamento experimental de caso único em pesquisas de processo de terapias analítico-comportamentais. Projeto de pesquisa Produtividade CNPq.

Migone, P. T. (1996) La Ricerca in Psicoterapia: Storia, Principali Gruppi de Lavoro, Stato Attuale Deglie Studi sul Processo. Rivista Sperimentale di Freniatria, 2 ed.

Novaki, P. (2003). Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois Clientes difíceis*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Pergher, N. K. & Negrão, L. F. (2012). Aplicação do Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica ao Acompanhamento Terapêutico com foco no desenvolvimento de comportamentos pró-estudo. Em Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (Online), v. 12, p. 88-97.

Peron, F. & Lubi, A. P. L. (2012). Instâncias da relação terapêutica medidas a partir de um instrumento de categorização. Acta Comportamentalia, 20(1), 109-123.

Rocha, G.V.M. (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões antissociais e diminuição da*

reincidência criminal. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

Rodrigues, B. D.; Lima, C. F.; Zamignani, D. R.; Malavazzi, D. M.; Simões Filho, E.; Del Prette, G.; Mazer, M.; Zuccolo, P. F.; Almeida, T. A. C.; Mangabeira, V.; Banaco, R. A. (2013). Efeitos de Intervenções Reflexivas sobre o Repertório do Cliente no Processo Terapêutico Analítico-Comportamental. Em: D. R. Zamignani, e S. B. Meyer. *A Pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do Instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)*. Editora Núcleo Paradigma (no prelo).

Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42(3), 341–354.

Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Bauru.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

Stiles, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176-185.

Stiles, W.B. (1999). *Signs and Voices in Psychotherapy*. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 1-21.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (2006) *Clinical Psychology: Science and Practice: Responsiveness in Psychotherapy* 5 (4) Version of Record (online).

Stiles, W. B. (2009) *Clinical Psychology: Science and Practice* 16 (1), 86-91.

Suen, H. K. & Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.

Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação Terapeuta-Cliente* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Zamignani, D. R. (2014a). *A pesquisa de processo em psicoterapia: o desenvolvimento do SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. Vol. 1. (1a ed). São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.

Zamignani, D. R. (2014b). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. Vol. 2. (1a ed). São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CLIENTE

Pesquisa : Intervenções reflexivas na terapia analítico comportamental.

Eu, _____, _____ anos, sexo _____, endereço _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa “Intervenções reflexivas na terapia analítico comportamental em processos de ansiedade.”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Roberta Bianca Marcelino de Almeida e Denis Roberto Zamignani, vinculados ao Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Declaro estar ciente que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, como também os resultados gerais obtidos nesta pesquisa, serão utilizados para alcançar os objetivos do trabalho, expostos abaixo, e para produzir conhecimentos que poderão ser publicados na literatura científica.

Também declaro estar ciente que:

1. Os objetivos desta pesquisa são: estudar as habilidades e técnicas utilizadas por meu terapeuta durante o processo de terapia.
2. Essa pesquisa está vinculada ao Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, e será conduzida de acordo com os requisitos da Resolução CNS N° 466/2012 e suas complementares da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.
3. Estou ciente que as minhas sessões de psicoterapia serão gravadas em áudio e, por conta da gravação, eventualmente, posso sentir constrangimento, vergonha ou ansiedade, durante ou depois do processo terapêutico. Concordo que as sessões sejam analisadas para elaboração deste trabalho de pesquisa, desde que sejam preservados os meus direitos de absoluto sigilo de todas as pessoas envolvidas ou citadas por mim.
4. Haverá sigilo sobre meu nome, e sobre todas as informações fornecidas por mim tanto na sessão clínica, como em eventuais entrevistas de avaliação, assim como de dados que possam me identificar, não podendo ser explicitados em nenhuma circunstância. As minhas características pessoais serão modificadas, para garantir que não haja possibilidade de identificação e, caso em minha terapia eu me refira a alguém de meu convívio, esta pessoa também terá sua identidade preservada;
5. Ao final dessa pesquisa, o material registrado será arquivado no banco de dados da pesquisadora, sendo de sua inteira responsabilidade. Para uso destes dados para novos estudos eu deverei ser novamente consultado e, apenas se eu concordar, o dado será reutilizado.

6. Estou ciente que a falta por 3 sessões consecutivas me desligará automaticamente da pesquisa, pois isto prejudicaria o seu andamento e dificultaria a análise dos dados coletados.

7. Estou ciente que, ao participar desta pesquisa, estou contribuindo para o desenvolvimento da profissão da psicologia clínica e da teoria que a embasa, podendo melhorar o atendimento ou tratamento de outros clientes e desenvolver novas técnicas para o aprimoramento da qualidade do serviço em psicoterapia.

8. Poderei solicitar intervalos ou interromper a participação nesta pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa e sem a necessidade de fornecer justificativas para tal atitude.

9. Não receberei remuneração ou compensação pecuniária pela minha participação nesta pesquisa.

10. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

11. Poderei entrar em contato com o responsável pela pesquisa, a pesquisadora Roberta Bianca Marcelino de Almeida CRP 06/92.123 através do endereço Rua xv de novembro, 504, sala 02, Centro, Taubaté/SP, CEP 12020-000 email rbiancapsico@gmail.com, ou com o orientador desta pesquisa Denis Roberto Zamignani CRP 06/52.088-7 através do endereço Rua Wanderley, 611, Perdizes, São Paulo/SP, CEP 05011-001, Telefone (011) 3871-0185 ou email denis@paradigmaac.org, se julgar necessário.

12. Caso eu tenha algum tipo de dúvida sobre os procedimentos éticos na condução desta pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: End: Rua Maria Cândida, 1813, Bloco G - 6o andar, Vila Guilherme - São Paulo – SP. CEP: 02071-013. Fone: (11) 2967-9015. e-mail: comissao.cep@ig.com.br

Este Termo de Consentimento possui duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com a pesquisadora.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de todas as informações citadas acima.

Taubaté, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Termo de Compromisso e Responsabilidade

Eu, _____,
portador do RG _____, realizando a atividade de

_____, para a pesquisa de título: “Intervenções reflexivas na terapia analítico comportamental em processos de ansiedade.”, comprometo-me a respeitar as seguintes condições: apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo dos registros; guardá-los e manejá-los apenas em local seguro, protegido da observação de terceiros; manter sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação mantida nos registros a mim confiados (ex: identidade do terapeuta ou do cliente, dados pessoais de ambos, entre outros). Também me comprometo a devolver o material a mim confiado sem efetuar nenhum tipo de cópia ou duplicação e sem qualquer tipo de violação do material original. Declaro estar ciente que este material faz parte da pesquisa de mestrado da psicóloga Roberta Bianca Marcelino de Almeida, sob orientação do Professor Dr. Denis Roberto Zamignani, no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Data

Assinatura

Assinatura do pesquisador responsável:

ANEXO III

SiMCCIT - Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica. Categorias do EIXO I: CATEGORIAS REFERENTES AO COMPORTAMENTO VERBAL VOCAL DO TERAPEUTA. (REDUZIDO) T = Terapeuta C= Cliente

Nome da categoria (NOME RESUMIDO)	Descricao resumida	Componentes	Exemplos
Terapeuta Solicita Relato (SOLICITAÇÃO DE RELATO)	Verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Ocorre tipicamente em situações relacionadas a coleta de dados e levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico.	- Solicitação de informações sobre fatos; - Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente	- T: Me conta... Por que é que você está procurando terapia? - T: E quando é que isso começou? - T: Você consegue lembrar-se de um exemplo específico no qual isso aconteceu? - T: Em que momentos você tem se sentido assim?
Terapeuta facilita o relato do cliente (FACILITAÇÃO)	Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade.	- verbalizações mínimas - expressões paralingüísticas.	- T: sei... - T: Hum hum
Terapeuta demonstra empatia (EMPATIA)	Verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. Diferentemente da categoria Aprovação, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a Empatia tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento. Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amigável, seguro e não-punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição.	- nomeação e inferência de sentimentos: - normalizações e validação de sentimentos: - exclamações e expressões de interesse: - verbalizações de cuidado: - auto-revelações sobre experiências similares: - validação de discordâncias ou críticas do cliente: - humor: - apoio: - paráfrases: - comentários de entendimento	- T: Imagino o quanto isso te deixa ansioso. - T: Essa tem sido uma parte crucial da sua vida, né... - T: Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranquilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso. - C: Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente... T: olha só... - T: Como é que você está? Na semana passada você estava super resfriada. - T: Você sabe... eu também já passei por isso... é muito chato quando a gente investe toda a energia em um negócio e ele não dá

Terapeuta Fornece Informações (INFORMAÇÃO)	Verbalizações nas quais o terapeuta relata eventos ou informa o cliente sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles. Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico.	Informações factuais. Explicações. Descrição de regularidades ou padrões recorrentes Explicações teóricas e experimentais. Informações sobre o contrato terapêutico. Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico. Justificativas de intervenções.	- T: Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório. - C: Você conhece o psiquiatra X.? T: Não. Não conheço um médico com esse nome. - C: Você já atendeu casos como esse? T: Sim, muitos. - T: Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. - T: Nós nos encontraremos duas vezes por semana. - T: Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa.
Terapeuta Solicita Reflexão (SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO)	Verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. Diferentemente de Solicitação de relato, na qual o terapeuta pede que o cliente apenas relate a ocorrência de eventos, sentimentos ou pensamentos, nesse caso o terapeuta solicita que o cliente analise ou estabeleça relações entre os eventos em discussão. Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de auto-regras	Solicitação de análise. Solicitação de avaliação. Solicitação de previsão. Solicitação de observação.	T: Gostaria que você pensasse nessa semana sobre o que conversamos hoje... sobre os benefícios que você obtém quando se queixa dessa maneira com sua família . T: E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu? T: Você está me dizendo que todos os seus namorados agem com você de forma muito semelhante ao seu pai. Você acha que isso é apenas uma coincidência? T: O que você achou da reação dele? T: Você acha correta a forma com que ele agiu? T: Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele?


Terapeuta Recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (RECOMENDAÇÃO)	Sugestão de alternativas de ação ou solicitação que cliente se engaje em ações ou tarefas. Recomendação contempla verbalizações nas quais o terapeuta sugere alternativas de ação ao cliente ou solicita o seu engajamento em ações ou tarefas. Deve ser utilizada quando o terapeuta especifica a resposta a ser (ou não) emitida pelo cliente. A literatura refere-se a essa classe de comportamentos também como aconselhamento, orientação, comando, ordem.	Conselhos Modelo Incentivo Estruturação de atividade Permissão, proibição ou solicitação de parada	T: Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações. T: Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas. T: Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas. T: Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle.
Terapeuta interpreta (INTERPRETAÇÃO)	Verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contigüidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação do cliente e/ou de terceiros*. Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações.	Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos. Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações. Diagnóstico. Devolutiva de avaliação padronizada. Estabelecimento de sínteses. Metáforas ou analogias explicativas. Inferências. Previsões. Confrontações. Descrição de processo.	T: Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. T: Você se cobra em melhorar o desempenho sexual com seu marido, mas da maneira como você descreve a relação sexual, ela não é satisfatória para você. T: A impressão que eu tenho é que sempre que ele te faz um elogio, ele é seguido por uma crítica, do tipo... “você foi ótimo na apresentação, mas...” T: Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando... T: Você se dá conta de que suas obsessões sempre são relacionadas a situações nas quais você age por impulso com outras pessoas e depois se arrepende? Aí você fica ruminando sobre o que poderia ter sido diferente...

Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente (APROVAÇÃO)	Aprovação contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento favoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Verbalizações de Aprovação dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar e fortalecer aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Isso difere da categoria Empatia, que tem um caráter inespecífico e não envolve avaliação ou julgamento.	Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente Descrição de ganhos terapêuticos Verbalizações de concordância Pseudo discordância Relato de sentimentos positivos Exclamações e expressões de aprovação Agradecimentos	T: Você tomou a decisão certa. Está lidando com isso muito bem! T: Que lindo esse teu colarzinho! T: Puxa, C., eu estava me lembrando da época em que a gente começou a trabalhar juntos. Como as coisas estão mudadas! Você lembra que era difícil pra você até mesmo vir sozinha para cá? E agora você está se virando sozinha, com o maior desprendimento... acho muito legal isso! T: Com certeza! Você tem toda a razão.
Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente (REPROVAÇÃO)	Avaliação ou julgamento desfavorável. Reprovação contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Assim como Aprovação, verbalizações de Reprovação dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Reprovação tem sido freqüentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica.	Discordância Crítica Ironia: Ameaça Auto-revelações desafiadoras Relato de sentimentos negativos	T: Eu não acho que seja assim. T: As coisas são muito mais simples do que você pinta. T: Eu penso que você faz bem algumas coisas tais como supervisionar, monitorar [APR], entretanto às vezes você entra em uma escalada de castigo, castigo, castigo. [REP] T: Você de fato pensa que sua mãe deveria deixá-lo vir para casa quando você quer? T: Eu vou pegar uma xícara de café. Eu estou perdido. T: Eu acho que a gente faz escolhas... você pode continuar fugindo de escolher uma profissão... há tantas pessoas que preferem ser donas de casa e lavar as roupas do marido o resto da vida...

ANEXO IV

Escala Paradigma de reflexão e insight							
Folha de registro							
Terapeuta	RBMA	Cliente	JSS	Sessão	1	Data	06.03.2018
OBSERVAÇÃO: SESSÃO DE LB - total 42 CERs							
Início do	Final do intervalo	Complexidad	alteridade	flexibilidade	aceitação	pontuação	
(pontuar "+" ou "-")							
263	264	+	+	0	0	2	
269	274	-	-	-	0	-3	
294	296	+	0	0	0	1	
296	296	+	0	0	0	1	
320	321	+	+	0	0	2	
355	356	+	0	0	0	1	
415	417	+	0	0	0	1	
446	447	+	0	0	0	1	
464	463	-	0	0	0	-1	
467	468	+	+	0	0	2	
478	478	+	0	0	0	1	
482	483	-	0	-	0	-2	
486	486	+	0	0	0	1	
516	517	+	0	0	0	1	
528	528	-	0	-	0	-2	
533	533	-	0	-	0	-2	
540	540	+	0	+	0	2	
566	567	+	0	0	+	2	
601	601	+	0	0	0	1	
603	606	+	0	0	0	1	
615	616	-	0	-	-	-3	
632	632	-	0	-	-	-3	
641	461	-	-	0	0	-2	
673	673	+	0	0	0	1	
681	681	+	0	0	0	1	
695	698	+	0	0	0	1	
742	742	+	0	0	0	1	
748	750	+	0	0	0	1	
779	800	+	0	0	0	1	
831	833	+	0	0	0	1	
848	849	+	0	0	0	1	
853	854	-	-	0	-	-3	
867	869	-	-	-	0	-3	
879	879	+	0	0	0	1	
889	892	-	-	-	0	-3	
925	932	-	-	0	0	-2	
940	941	-	-	-	0	-3	
953	954	+	0	0	0	1	
967	968	+	0	0	0	1	
972	973	+	0	0	0	1	
981	983	+	0	0	0	1	
997	999	+	0	0	0	1	
1012	1014	+	0	+	0	2	

ANEXO V

	<p style="text-align: center;">centro paradigma ciências do comportamento</p>	<p>P1 - JSS Escala individualizada de comportamentos-alvo Terapeuta: Roberta Bianca M. de Almeida CRP 06/92123</p>							
Semana de ___/___/___ a ___/___/___		Semana							
Preencher com um x no valor que melhor representa a sua avaliação sobre o comportamento na semana.									
ANSIA / DORES NO ESTÔMAGO – AVALIAR INTENSIDADE E FREQUÊNCIA									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acordei todos os dias com ânsia de vômito ou dor de estômago (com intensidade alta).					Acordei todos os dias sem ânsia de vômito ou dor de estômago (ou se tive dor, está relacionado a alguma mudança na alimentação ou medicação).				
PREOCUPAR-SE COM OS PROBLEMAS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Preocupe-me quase todo o tempo com problemas que tenho que resolver e considero que essas preocupações foram desproporcionais à importância do problema					Não me preocupe excessivamente com os problemas. Quando me preocupe, considero que essas preocupações foram proporcionais à importância do problema.				
ENFRENTAR SITUAÇÕES DE CONFLITO									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Em situações de conflito, adiei a resolução, ignorei a pessoa envolvida no conflito, me afastei das pessoas no geral, não resolvi a situação.					Em situações de conflito, procurei conversar com a pessoa em busca de solucionar o problema, expliquei o que estava pensando, disse diretamente (de modo não agressivo).				
IRRITAÇÃO E AGRESSIVIDADE									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando me irritei com alguma coisa, falei alto, gritei, ofendi, falei palavrões. Ignorei o que o outro estava dizendo e não o deixei falar. Agredi fisicamente com tapas ou empurrões.					Pensei no que queria falar, falei em um tom pacífico, deixei que o outro falasse e ouvi. Procurei dialogar sobre o problema.				