



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DEIVID REGIS DOS SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO TERAPÊUTICO EM GRUPO PARA
PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Londrina
2017

DEIVID REGIS DOS SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO TERAPÊUTICO EM GRUPO PARA
PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Área de concentração: Análise do Comportamento

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

dos Santos, Deivid Regis .

Análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com Transtorno Bipolar / Deivid Regis dos Santos. - Londrina, 2017.
179 f. : il.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Psicoterapia de grupo - Tese. 2. Pesquisa de processo - Tese. 3. Interação terapeuta-cliente - Tese. 4. Transtorno Bipolar - Tese. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

DEIVID REGIS DOS SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO TERAPÊUTICO EM GRUPO PARA
PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Área de concentração: Análise do Comportamento

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer
Universidade de São Paulo - USP

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 15 de Setembro de 2017

*Dedico este trabalho à minha mãe Cida que sempre me apoiou.
Eu não teria conseguido sem você!*

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e torcida, principalmente minha mãe que sempre esteve ao meu lado.

À Rita por topar fazer pesquisa de processo em psicoterapia, por todos os *feedbacks* fornecidos, pelo incentivo e confiança. Foi uma ótima parceria!

Às amigas Raissa e Roberta pelos momentos divertidos que passamos juntos. Vocês foram as primeiras pessoas com quem compartilhei o desejo de analisar o processo terapêutico e super me apoiaram. Ro, sua parceria tem sido importante pra mim. Aprendemos ser terapeutas juntos e posso dizer que foi uma troca enriquecedora.

Também sou grato aos amigos Henrique, Jamille, Patricia, Luisa, Shigueaki, Eder e Nelson que fizeram esses dois anos mais divertidos mesmo nos momentos em que eu estava desanimado. Não poderia esquecer da Tamara que esteve ao meu lado, ouviu minhas lamentações, me fez rir e ficar mais calmo várias vezes por esses anos. Sem contar nossos momentos na clínica psicológica da UEL, temos muita história para contar.

Sou grato aos clientes/participantes desta pesquisa. Foi bom conhecer cada um de vocês e um pouquinho de suas histórias. Essa pesquisa não seria possível sem a colaboração de vocês. Muito obrigado.

Meus agradecimentos aos professores (Sonia Meyer; Alex Gallo; Caê; Silvia Fornazari e Renata Grossi) que puderam avaliar esse trabalho e contribuir para o aperfeiçoamento do mesmo. Renata, foi muito bom trabalhar com você durante esse período. Também sou grato ao Denis por compartilhar o *Software Clic* necessário para o treino dos observadores.

Não posso deixar de agradecer a professora Vanderli pelas contribuições e análises estatísticas. Percebi seu comprometimento e interesse em entender o que os psicólogos estão pesquisando. Agradeço pelo esforço ao tentar me ajudar da melhor forma.

Muitíssimo obrigado a Isabela Gastaldi e a Fernanda Torres Sahão pelo trabalho árduo que desempenharam na categorização dos dados. Vocês me ajudaram muito!

Sou grato aos professores do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da UEL, pelo aprendizado e pelo esforço em manter o programa apesar das adversidades. Também agradeço a Inês que se desdobra em duas, três, quatro... para responder perguntas e dar suporte aos alunos 'perdidos' da Psicologia e do Mestrado.

Sou grato aos outros alunos do programa. Vocês deixaram tudo mais divertido. É uma pena que tenha passado tudo muito rápido. Desejo de coração muito sucesso

à todos vocês.

Um agradecimento especial ao meu sobrinho Cristhian que não pensou duas vezes em me ajudar na análise dos dados, formatações e manejo tecnológico, mesmo que esses números e figuras da pesquisa continuem não fazendo nenhum sentido para você.

Agradeço à Agência de Fomento CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior) que possibilitou que eu me dedicasse à realização desse trabalho.

Por fim, meus agradecimentos à Priscilla Taccola que me acompanhou durante esses dois anos. Obrigado pelo suporte, cuidado e palavras que me deixaram mais corajoso.

Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.

(B. F. Skinner)

Santos, D. R. **Análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com Transtorno Bipolar**. 2017. 179 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

A Análise do Comportamento tem contribuído para a intervenção com clientes diagnosticados com diferentes transtornos psiquiátricos. O Transtorno Bipolar (TB) tem sido objeto de estudo de um grupo de pesquisa em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Tal grupo tem contribuído para o desenvolvimento de estratégias para o atendimento da população com este diagnóstico em diferentes modalidades terapêuticas. O TB é uma condição psiquiátrica caracterizada por oscilações de humor com episódios de depressão, mania e hipomania, que afetam principalmente a qualidade de vida e as interações interpessoais. A intervenção psicológica pode contribuir para o manejo desse transtorno, bem como para a prevenção de recaídas e a melhora da qualidade de vida. Alguns estudos têm demonstrado os efeitos de intervenções psicológicas sobre os sintomas do TB, adesão ao tratamento e qualidade de vida. Constatou-se a necessidade de pesquisas que demonstrem o processo terapêutico para esta população, e que descrevam os comportamentos de terapeutas e clientes, além das variáveis relacionadas à interação que são relevantes para a melhora do quadro clínico. A maioria dos estudos que analisaram as categorias de comportamentos de terapeutas e clientes foram desenvolvidos em ambiente psicoterápico individual, o que demonstra a necessidade de se analisar processos de grupo. Este tipo de análise possibilita identificar quais comportamentos do terapeuta podem favorecer a eficácia da terapia, além de auxiliar na formação de novos profissionais. A presente pesquisa teve como objetivo analisar o processo terapêutico de uma intervenção em grupo para clientes diagnosticados com TB. O estudo contou com a análise de dados de nove sessões em grupo, direcionadas ao atendimento de cinco clientes com diagnóstico de TB, conduzidas por dois terapeutas analítico-comportamentais. As sessões foram transcritas e os comportamentos verbais vocais dos participantes foram agrupados em categorias organizadas em termos de frequência e duração. As categorias dos terapeutas mais frequentes foram: Solicitação de relato, Informação, Recomendação, Facilitação e Aprovação. As categorias de maior duração foram: Interpretação e Informação. As categorias dos clientes de maior frequência e duração foram: Relato, Concordância e Cliente estabelece relações. Durante a intervenção os terapeutas se dirigiram mais ao grupo como um todo do que a cada participante individualmente. As categorias Solicitação de relato, Informação, Solicitação de reflexão, Recomendação, Interpretação e Outras verbalizações do terapeuta foram mais direcionadas ao grupo. Já as categorias Facilitação, Empatia, Aprovação e Reprovação foram mais direcionadas individualmente. O modo como essas categorias foram direcionadas pode ter favorecido a adesão às intervenções efetuadas. O estudo permitiu demonstrar como terapeutas trabalham em sistema de co-terapia. A análise da frequência e duração das categorias dos clientes evidenciou que comportamentos característicos do TB são passíveis de mudança e que pessoas com este diagnóstico podem se beneficiar com intervenções analítico-comportamentais.

Palavras-chave: Terapia analítico-comportamental. Categorização de comportamentos. Transtorno bipolar. Psicoterapia de grupo.

Santos, D. R. **Analysis of the therapeutic process in group for people with Bipolar Disorder**. 2017. 179 p. Dissertation (Master's Degree In Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Behavior Analysis has contributed to the intervention of clients diagnosed with different psychiatric disorders. Bipolar Disorder (BD) has been the object of study of a research group in Behavior Analysis of the State University of Londrina. This group has contributed to the development of strategies for the care of the population with this diagnosis in different therapeutic modalities. BD is a psychiatric condition characterized by mood swings with episodes of depression, mania and hypomania, which mainly affect quality of life and interpersonal interactions. Psychological intervention may contribute to the management of this disorder, as well as to the prevention of relapse and improvement of the quality of life. Some studies have demonstrated the effects of psychological interventions on BD symptoms, adherence to treatment and quality of life. It was verified the need for researches that demonstrate the therapeutic process for this population, and that describe the behaviors of therapists and clients, besides the variables related to the interaction that are relevant for the improvement of the clinical picture. Most of the studies that analyzed the categories of therapist and client behaviors were developed in an individual psychotherapeutic environment, which demonstrates the need to analyze group processes. This type of analysis makes it possible to identify which therapist behaviors may favor the effectiveness of the therapy, as well as assist in the training of new professionals. The present study aimed to analyze the therapeutic process of a group intervention for clients diagnosed with BD. The study included data analysis of nine group sessions, aimed at the care of five clients diagnosed with BD, conducted by two analytical-behavioral therapists. The sessions were transcribed and the verbal behaviors of the participants were grouped into categories organized in terms of frequency and duration. The categories of the most frequent therapists were: Request for reporting, Information, Recommendation, Facilitation and Approval. The longest categories were: Interpretation and Information. The categories of customers with the highest frequency and duration were: Reporting, Agreement and Customer establishing relationships. During the intervention the therapists addressed more to the group as a whole than to each individual participant. The categories Request for reporting, Information, Request for reflection, Recommendation, Interpretation and other verbalizations of the therapist were more directed to the group. The categories Facilitation, Empathy, Approval and Reprobation were more directed individually. The way in which these categories were targeted may have favored adherence to interventions. The study showed how therapists work in a co-therapy system. The analysis of the frequency and duration of client categories showed that behaviors characteristic of BD are susceptible to change and that people with this diagnosis can benefit from analytic-behavioral interventions.

Key words: Behavioral therapy. Behavioral categorization. Bipolar disorder. Group psychotherapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Representação do local da coleta dos dados.....	44
Figura 2	– Frequência de ocorrência das categorias dos terapeutas nas nove sessões analisadas	58
Figura 3	– Frequência e duração relativa de ocorrência das categorias dos terapeutas no total das sessões analisadas.....	59
Figura 4	– Frequência das categorias dos terapeutas dirigidas individualmente e ao grupo no total das sessões analisadas.....	68
Figura 5	– Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P1 no que se refere a frequência e medida indireta de duração	74
Figura 6	– Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P2 no que se refere a frequência e medida indireta de duração	80
Figura 7	– Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P3 no que se refere a frequência e medida indireta de duração	85
Figura 8	– Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P4 no que se refere a frequência e medida indireta de duração	89
Figura 9	– Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P5 no que se refere a frequência e medida indireta de duração	92
Figura 10	– Representação da frequência e duração das categorias Solicitação (SOL), Oposição (OPO) e Outras verbalizações do Cliente (COU).....	93
Figura 11	– Média da frequência e duração das categorias relacionadas aos clientes no total das sessões analisadas.....	96
Figura 12	– Proporção da categoria Concordância para cada categoria do terapeuta	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Frequência das categorias Concordância e Oposição após as verbalizações de Recomendação e Solicitação de Reflexão	71
Tabela 2	–	Frequência e duração das categorias da cliente P1 durante as sessões analisadas	73
Tabela 3	–	Frequência e duração das categorias da cliente P2 durante as sessões analisadas	79
Tabela 4	–	Frequência e duração das categorias da cliente P3 durante as sessões analisadas	84
Tabela 5	–	Frequência e duração das categorias da cliente P4 durante as sessões analisadas	89
Tabela 6	–	Frequência e duração das categorias da cliente P5 durante as sessões analisadas	91
Tabela 7	–	Correlações significativas (Teste Sperman's rho) entre as categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância dos clientes.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
APA	Associação Americana de Psiquiatria
SiMCCIT	Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica
TB	Transtorno Bipolar
UEL	Universidade Estadual de Londrina

Categorias verbais vocais do terapeuta

SRE	Solicitação de relato
SRF	Solicitação de reflexão
FAC	Facilitação
EMP	Empatia
INF	Informação
INT	Interpretação
REC	Recomendação
APR	Aprovação
REP	Reprovação
TSL	Terapeuta permanece em silêncio
TOU	Outras verbalizações do terapeuta

Categorias verbais vocais do cliente

SOL	Solicitação
REL	Relato
MEL	Melhora
MET	Metas
CER	Cliente estabelece relações
CON	Concordância
OPO	Oposição
CSL	Cliente permanece em silêncio
COU	Outras verbalizações do cliente

Categorias Cliente - T

C APR	Cliente aprova
C REP	Cliente reprova
C DES	Cliente descreve comportamento
C INT	Cliente interpreta
C REC	Cliente recomenda
C EMP	Cliente demonstra empatia

Novas categorias identificadas

C SRE	Cliente solicita relato
C SRF	Cliente solicita reflexão
C FAC	Cliente facilita o relato de outro cliente
C INF	Cliente fornece informação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Intervenção psicológica em grupo para clientes com TB.....	19
1.2	Pesquisa de processo em psicoterapia	23
1.3	Categorias de comportamento.....	27
2	OBJETIVOS	34
2.1	OBJETIVO GERAL.....	34
2.2	Objetivos específicos	34
3	MÉTODO	35
3.1	Parte 1	35
3.1.1	Participantes	35
3.1.2	Aspectos éticos.....	43
3.1.3	Local	43
3.1.4	Instrumentos	44
3.1.5	Procedimento.....	44
3.1.6	Resultados	47
3.2	Parte 2	48
3.2.1	Recursos humanos.....	48
3.2.2	Materiais	48
3.2.3	Procedimento de categorização e análise dos dados.....	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	109

APÊNDICES	124
APÊNDICE A – Termo de confidencialidade e sigilo	125
APÊNDICE B – Resultado da análise de concordância entre observadores	126
APÊNDICE C – Correlações das categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância.....	127
ANEXOS	128
ANEXO A – Categorização dos comportamentos verbais vocais de terapeutas e clientes	129
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	176
ANEXO C - Categorias Cliente-T	178

O Transtorno Bipolar (TB) é uma condição psiquiátrica caracterizada por oscilações de humor com episódios de depressão, mania e hipomania, que afeta principalmente a qualidade de vida e as relações interpessoais de indivíduos que possuem este diagnóstico (Soares & Mussi, 2013). Tal transtorno pode ser definido como de tipo I ou de tipo II, a depender da intensidade e duração dos episódios de depressão, mania e hipomania. Importante destacar que, em alguns casos, pode ser necessária a internação hospitalar e que esta população apresenta alto risco de suicídio (American Psychiatric Association - APA, 2013; Souza, 2011).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2013), as principais características da depressão são: frequentes sentimentos de desesperança e vazio; diminuição de interesse ou prazer nas atividades diárias; perda ou ganho de peso sem estar fazendo dieta; insônia ou hipersonia; fadiga; agitação ou retardo psicomotor; sentimento de culpa e/ou inutilidade; e dificuldade de concentração. Para ser caracterizado como um episódio depressivo, o indivíduo deve apresentar cinco ou mais dos sintomas citados durante um período de duas semanas e apresentar mudança pelo menos em um dos seguintes sintomas: humor deprimido e perda de interesse ou prazer nas atividades diárias.

O episódio de mania apresenta como principais características: aumento excessivo de atividades; agitação psicomotora; humor expansivo; sentimento de grandiosidade ou autoestima elevada; redução da necessidade de sono; fala desenfreada acima do que é habitual; sensação de pensamento acelerado; dificuldade de concentração; e envolvimento em atividades de risco (APA, 2013). Para que seja considerado um episódio de mania, é necessário que o indivíduo apresente três ou mais das características citadas por um período de no mínimo uma semana. A hipomania é semelhante a mania, mas ocorre com intensidade e duração menor (mínimo quatro dias). Outra diferença é que dificilmente um episódio de

hipomania resultará em internação, o que é mais provável acontecer em estados de mania em que o indivíduo pode apresentar inclusive comportamentos psicóticos como alucinações e delírios.

Para ser considerado um caso de TB tipo I é necessário que tenha ocorrido pelo menos um episódio de mania, sendo que este episódio pode ser antecedido ou seguido de episódio de hipomania ou depressão maior. A depressão é comum no TB tipo I, mas não é necessária a ocorrência da mesma para firmar tal diagnóstico. Já para o diagnóstico do TB tipo II é necessário o preenchimento dos critérios para um episódio hipomaniaco e um episódio depressivo maior.

A intervenção farmacológica é considerada importante para o prognóstico destes clientes. Sylvia et al. (2013), apontaram que pessoas com TB apresentam baixa adesão ao tratamento farmacológico e que este fator estaria diretamente associado a maiores riscos de hospitalização, agravamento do caso, aumento de suicídios e do custo para as redes de assistência à saúde. De modo geral, é possível encontrar na literatura ampla intervenção farmacológica para indivíduos que possuem este diagnóstico (Aprahamian, Sousa, Valiengo, Machado-Vieira, & Forlenza, 2014; Miasso, Carmo, & Tirapelli, 2012; Zimmermann, Kiyomoto, Fernandes, Alexandre, & Diaz, 2015). Todavia, intervenções analítico-comportamentais também podem favorecer o bom prognóstico porque podem aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, ensinar estratégias de análise de contingências e propiciar alterações das variáveis ambientais com intuito de melhorar a qualidade de vida (Chagas, 2013; Costa, 2016; Machado, 2015; Mussi, Soares, & Grossi, 2013).

A Análise do Comportamento tem contribuído no desenvolvimento de intervenções para clientes diagnosticados com diferentes transtornos psiquiátricos (Battini, Soares, & Zakir, 2008; Britto, de Souza Britto, & Miranda, 2011; Chagas, Guilherme, & Moriyama, 2013; Sadi, 2011). O TB tem sido objeto de estudo do grupo de pesquisa do Programa de Mestrado

em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Estudos desenvolvidos nesse programa têm demonstrado resultados promissores que podem colaborar para a elaboração de intervenções direcionadas à população com este diagnóstico. Desde então, têm se elaborado diferentes modalidades terapêuticas que incluem grupos com enfoque na psicoeducação (Mussi et al., 2013), intervenção individual com discussão sobre contingências históricas e atuais relacionadas à aquisição de comportamentos característicos do TB (Chagas, 2013) e intervenções em grupo com enfoque na Terapia de Aceitação e Compromisso (Costa, 2016; Machado, 2015).

Para a atuação adequada dos profissionais e o planejamento de intervenções eficientes, é necessário compreender a população e o problema com o qual se pretende intervir. Neste sentido, Chagas (2013) buscou compreender o TB a partir do referencial da Análise do Comportamento. Ao investigar as variáveis históricas e atuais que poderiam estar relacionadas ao desenvolvimento e manutenção dos comportamentos característicos do TB e que eram apresentados por dois participantes de sua pesquisa, a autora constatou o papel das contingências aversivas no desenvolvimento e manutenção de comportamentos topograficamente distintos (um cliente apresentava padrões de passividade e o outro de hostilidade), mas com a mesma relação funcional. Ambos os clientes apresentavam esquiva experiencial e seguimento de autorregras que não condiziam com as contingências em vigor, sendo que seus comportamentos eram mantidos por reforçamento negativo. Os clientes apresentavam uma ampla classe de comportamentos que tinham como consequência a remoção ou esquiva de eventos aversivos, como conflitos interpessoais.

Ao levantar a história de vida de dois clientes, Chagas (2013) constatou o papel de contingências aversivas no desenvolvimento dos comportamentos característicos do TB, principalmente quando estes clientes eram crianças. A literatura tem apontado que o controle aversivo pode causar grandes danos ao desenvolvimento dos organismos. Sidman (1995)

discutiu como a coerção tem papel importante no desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos. Moraes (2016) apontou a existência de uma forte correlação entre maus tratos na infância e problemas clínicos, como o abuso de substâncias, TB e Transtorno Depressivo Maior (TDM). Tal pesquisa identificou o abuso emocional na infância como preditor do TB e do TDM. O abuso sexual foi identificado como forte preditor do TB, enquanto o abuso físico foi identificado como forte preditor de ideações suicidas. A pesquisadora chama atenção para a importância de se desenvolver meios de proteção destinados aos grupos de risco, como crianças em situação de maus tratos. Chagas (2013) argumenta que a psicoterapia seria uma forma de clientes aprenderem a manejar as contingências aversivas e desenvolverem comportamentos alternativos para lidar com seus problemas.

Intervenção psicológica em grupo para clientes com TB

Além das intervenções individuais, é possível encontrar na literatura exemplos de intervenções em grupo para pessoas com diversas queixas clínicas. De acordo com Kerbauy (2008), este tipo de atendimento favorece a melhora dos clientes por ser um ambiente semelhante ao ambiente natural, devido à presença de pessoas com diferentes padrões comportamentais. Tal ambiente favorece a aprendizagem de vários comportamentos e a generalização para diferentes contextos. Delitti (2008) também apontou vantagens neste tipo de modalidade de atendimento e sugeriu que no grupo o reforçamento tem maior probabilidade de ser imediato e diversificado. Além disso, cada participante pode oferecer modelo comportamental para outros, além de haver modelagem mútua de comportamentos-alvos.

De acordo com Delitti (2008), a condução de grupos embasados na teoria analítico-comportamental possui um aspecto pedagógico, pois terapeutas costumam instruir os clientes sobre relações comportamentais, o que por consequência aumenta a eficácia da intervenção. A

coesão seria outro fator importante para o sucesso do grupo e deveria ser favorecida durante as sessões, principalmente as iniciais, de modo que os clientes consigam perceber as características que possuem em comum. A autora define coesão como a taxa de reforçamento e punição liberadas pelos membros do grupo. Um grupo coeso seria aquele em que a taxa de reforçamento seria significativamente maior do que a taxa de punição. Por este motivo, é necessário que os clientes aprendam a reforçar os comportamentos um dos outros, para que ocorra um sentimento de pertencimento ao grupo.

Nas intervenções em grupo, algumas regras precisam ser respeitadas para que se obtenha bons resultados. Uma delas salienta que as atividades, discussões e análises precisam incluir temas que podem beneficiar ao grupo como um todo (Vinogradov & Yalom, 1992). Sendo assim, o terapeuta priorizaria assuntos que os clientes teriam em comum em detrimento das particularidades de cada um. No entanto, deve-se dispor de um tempo a mais para um indivíduo em específico, se isso favorecer o processo terapêutico.

O atendimento em grupo também proporciona o acesso à intervenção psicológica para um número maior de pessoas (Dias & Cardoso, 2012; Vinogradov & Yalom, 1992). Pensando nos benefícios que o grupo proporciona para a melhora em diferentes casos clínicos, pesquisadores têm apresentado os efeitos de intervenções em grupo para pessoas diagnosticadas com TB (da Costa, dos Santos & Soares, 2016). Dentre os quais, pode-se citar: Cardoso et al., 2014; Cavelagna, 2012; Colom et al., 2003; Colom & Vieta, 2004; Colom et al., 2009; Costa *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2012; Da Matta, 2012; Faria et al., 2014; Gomes, 2010; Oliveira, 2011; Pellegrinelli, 2010; Pellegrinelli et al., 2013.

No Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da UEL foram realizadas três pesquisas destinadas ao estudo do TB (Costa, 2016; Machado, 2015; Mussi et al., 2013). Os estudos tiveram como objetivo desenvolver estratégias de intervenção sob fundamentação analítico-comportamental para indivíduos com diagnóstico de TB e proporcionar um contexto

para a discussão com a área da Psiquiatria. Tal diálogo foi possível devido ao fato do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento participar do curso de Residência em Psiquiatria, contribuindo para a formação de alunos, além de possibilitar o desenvolvimento de pesquisas, que serão apresentados a seguir.

Mussi et al. (2013) avaliaram os efeitos de um programa de psicoeducação com enfoque analítico-comportamental sobre os sintomas de mania, depressão e qualidade de vida de nove pessoas diagnosticadas com TB. A intervenção foi organizada em 16 sessões com 90 minutos de duração, conduzida por um profissional formado em Psicologia e por duas residentes de Psiquiatria. O objetivo foi ensinar clientes a descreverem topograficamente comportamentos característicos do TB, variáveis relacionadas e estratégias para o manejo de tais variáveis. Além disso, pretendeu-se informar sobre as características do transtorno e do tratamento. Os participantes também aprenderam a utilizar o gráfico de humor para auxiliar no reconhecimento de padrões comportamentais apresentados em cada episódio. Houve incentivo para que identificassem sinais que antecediam os períodos de crise e como deveriam se comportar nesta condição. Também foram abordados temas relacionados à resolução de problemas, assertividade, qualidade do sono, alimentação saudável e exercícios físicos.

Para avaliar os sintomas do TB, foram aplicadas as escalas Hamilton (depressão) (Gorenstein, Andrade, Zuardi, & Antonio, 2000), Young (mania) (Gorenstein et al., 2000) e WHOQOL-bref (qualidade de vida) (Fleck et al., 2000). Após a intervenção, foi possível verificar redução na frequência dos sintomas de mania a partir do teste de Wilcoxon, com um nível de significância $p < 0,05$. Também foi observada redução quanto aos sintomas de depressão, porém as diferenças do pré-teste e pós-teste não foram consideradas estatisticamente significantes. Os autores avaliaram que a intervenção contribuiu para a melhora em aspectos relacionados à qualidade de vida dos participantes, principalmente no que se referia ao domínio físico. Um dos aspectos importantes observados foi a adesão às

sessões de atendimento psicológico, provavelmente pelo estabelecimento de uma relação de qualidade entre terapeuta e os participantes, caracterizada por contato telefônico diante de faltas, valorização verbal da participação etc. A presença de psiquiatras também favoreceu a compreensão de questões relacionadas às características dos participantes, pois eram os profissionais que acompanhavam cada indivíduo. Com isso, podiam fornecer informações complementares, principalmente no que se referia ao tratamento farmacológico.

A intervenção apresentada por Machado (2015) avaliou um programa baseado em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para pessoas com TB e seus efeitos sobre a flexibilidade psicológica, qualidade de vida e sintomas da mania, hipomania e depressão. O grupo foi composto por três mulheres com este diagnóstico, consideradas em período de estabilidade quanto aos sintomas do TB. A condução do grupo ficou sob responsabilidade de um psicólogo e de uma residente de Psiquiatria. No total foram realizadas cinco sessões de 90 minutos. O grupo teve enfoque psicoeducacional e psicoterapêutico, sendo que nas sessões de psicoeducação, terapeutas informaram sobre as características do TB, medicamentos utilizados, rotinas sobre atividades físicas, qualidade do sono etc. Os encontros com enfoque psicoterapêutico incluíram exercícios de atenção plena, metáforas e vivências, com objetivo de aumentar a tolerância a eventos aversivos, a flexibilidade psicológica e a exposição a condições que poderiam influenciar na melhora do prognóstico clínico.

Machado (2015) serviu-se dos mesmos instrumentos utilizados por Mussi et al. (2013) para avaliar os sintomas de depressão, mania e qualidade de vida. Na intervenção realizada por Machado (2015) pode-se observar uma considerável redução nos sintomas de depressão, sendo que antes do grupo, as participantes apresentavam depressão leve e, posteriormente, todas se encontravam em estado de eutímia (estável). O autor não indicou se a análise estatística foi realizada para verificar a significância entre o pré-teste e o pós-teste. Em relação aos sintomas de mania, os resultados do teste de Wilcoxon com $p < 0,05$ apontaram que as

diferenças entre o pré-teste e o pós-teste não foram estatisticamente significantes. No que se refere à qualidade de vida, verificou-se um baixo índice de melhora no valor total para as três participantes. No entanto, observou-se melhora estatisticamente significativa quanto à dimensão relações sociais. Em relação à flexibilidade psicológica, observou-se maior exposição das clientes a eventos que anteriormente evitavam, mas que a longo prazo poderiam ter como consequência o acesso a reforçadores positivos.

Seguindo a linha de estudo de Mussi et al. (2013) e Machado (2015), Costa (2016) desenvolveu um programa de intervenção baseado em Psicoeducação e ACT para pessoas com TB. Tal intervenção consistiu em um grupo terapêutico composto por dez sessões com 90 minutos de duração para cada sessão. Participaram da pesquisa cinco pessoas com o devido diagnóstico. A condução do grupo ficou a cargo de dois psicólogos, ambos alunos do programa de Mestrado em Análise do Comportamento da UEL. Em uma das sessões, duas residentes de Psiquiatria apresentaram informações acerca das características do transtorno, com um enfoque nos medicamentos mais utilizados neste quadro clínico.

A partir do teste não paramétrico de Sinais, verificou-se que houve redução nos escores de depressão com diferença significativa entre o pré e o pós-teste (p-valor 0,0313), considerando que neste teste, para ser considerado significativo o p-valor deve ser $p < 0,05$. Os resultados da intervenção indicaram que todos os participantes apresentaram melhora estatisticamente significativa (teste de Sinais com p-valor 0,0313) na qualidade de vida, no que se refere ao aspecto físico e psicológico. Em relação aos escores de Mania, não foram identificadas diferenças significantes entre o pré-teste e o pós-teste.

Pesquisa de Processo em Psicoterapia

Nos estudos apresentados, pode-se perceber a preocupação dos autores em demonstrar os efeitos de algum tipo de intervenção terapêutica sobre os comportamentos dos clientes

diagnosticados com TB. Todavia, acredita-se que seria relevante também investigar a interação terapêutica entre terapeutas e clientes com este diagnóstico, uma vez que o efeito mútuo entre o comportamento de ambos pode ser uma variável que afeta diretamente os resultados da terapia (Silveira & Kerbauy, 2000; Shinohara, 2000).

De acordo com Sadi (2011), trabalhos que procuram evidências da efetividade de intervenções sobre a melhora clínica dos clientes são denominadas pesquisas de resultado. Tais pesquisas procuram demonstrar os fatores específicos de uma intervenção, como procedimentos, técnicas e estratégias que compõem uma modalidade de terapia (APA, 2006). Estudos que procuram demonstrar os elementos presentes em uma intervenção terapêutica são denominados pesquisas de processo em psicoterapia (Sadi, 2011). De acordo com Zamignani (2007), em pesquisas de processo, o dado principal é o que ocorre dentro do processo terapêutico e o objetivo geral é identificar os processos de mudança dentro da interação terapeuta-cliente. Pesquisas de processo em psicoterapia possibilitam investigar diferentes aspectos, como a relação terapêutica (Coelho & Conte, 2003; Ilgen et al., 2009), a aliança terapêutica (Gaudiano & Miller, 2006) e a interação terapêutica (Follette, Naugle, & Callaghan, 1996). De modo geral, pesquisadores estão interessados em aspectos que ocorrem dentro da sessão e que afetam os comportamentos do cliente e do terapeuta.

De acordo com Zamignani e Meyer (2014), a relação terapêutica tem sido abordada por estudiosos desde a década de 1960. Silveira e Kerbauy (2000) consideraram que Kohlenberg e Tsai (1987) e Rosenfarb (1992) foram os precursores no campo do estudo da interação terapêutica como forma de análise, com o intuito de instrumentalizar a prática clínica comportamental de modo mais detalhado. Para Kohlenberg e Tsai (2001) e Rosenfarb (1992), na interação terapêutica o terapeuta pode modelar os comportamentos do cliente de diferentes formas, como os *feedbacks* verbais, mudanças na entonação da voz ou até mesmo a partir da postura corporal.

Rosenfarb (1992) argumentou que a pesquisa sobre o processo terapêutico jamais fornecerá todas as variáveis que afetam a mudança comportamental, mas poderá fornecer informações sobre as interações terapêuticas importantes que estão associadas às mudanças observadas. O autor ressaltou ainda que pesquisas nesta área permitem especificar a modelagem tanto dos comportamentos do cliente, quanto dos comportamentos do terapeuta.

Estudos que investigam a interação terapêutica podem ter como objetivo responder perguntas do tipo: “O que faz um cliente permanecer em psicoterapia com determinado terapeuta?”, “Como ocorrem as mudanças em terapia?”, “Quais as características de comportamentos que identificam um bom terapeuta?”, “Quais variáveis controlam o comportamento do terapeuta em sessão?” e “Qual a importância do relacionamento entre terapeuta e cliente para o sucesso da terapia?” (Moskorz & Kubo, 2012). Meyer (2004) afirmou que este tipo de pesquisa dá suporte para a tomada de decisão dos terapeutas, proporciona evidências empíricas para os setores de serviços e prestação de saúde, além de ajudar na formulação de teorias e no embasamento dos professores no ensino de novos terapeutas. A autora também sugere que este tipo de pesquisa possibilita responder questões sobre os processos de mudança, os resultados observados, as variáveis do cliente e do terapeuta e, mais especificamente, sobre a relação terapêutica.

Como apontado anteriormente, o estudo da interação terapêutica pode demonstrar diversas relações que influenciam os comportamentos dos terapeutas e clientes, bem como sobre a melhora clínica. Coelho e Conte (2003), por exemplo, avaliaram os efeitos da relação terapêutica sobre a redução de comportamentos agressivos em crianças. A partir desta intervenção, as crianças passaram a analisar funcionalmente o próprio comportamento e a apresentar comportamentos alternativos aos agressivos. De acordo com a literatura, a interação terapêutica não é unidirecional, pois a psicoterapia seria um processo de influência mútua, em que o terapeuta causa impacto nas respostas dos clientes e os clientes podem

também afetar os comportamentos do terapeuta (APA, 2016; Follette, Naugle e Callaghan, 1996). Este processo foi observado por Coelho e Conte (2003) que, além de notarem redução nos comportamentos agressivos das crianças atendidas, também notaram mudanças nos comportamentos das terapeutas em sessão. Nas sessões iniciais, as terapeutas se mostravam irritadiças e menos tolerantes quando as crianças apresentavam algum comportamento inadequado. Além disso, a frequência de repreensões verbais era relativamente alta. Com o decorrer do processo terapêutico, as terapeutas se tornaram mais tolerantes e a frequência de repreensões reduziram significativamente.

Um estudo desenvolvido por Ilgen et al., (2009) examinou o impacto da relação terapêutica sobre a ideação suicida de pessoas com TB e encontrou uma relação direta entre a qualidade da relação terapêutica com a redução desse tipo de ideação. Sylvia et al. (2013), afirmaram que a interação terapêutica é um fator que influencia a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com TB, bem como outros problemas clínicos, como abuso de substâncias, depressão unipolar e esquizofrenia. Sendo assim, avaliaram a influência da aliança terapêutica entre psiquiatras e pessoas com TB sobre a adesão ao tratamento farmacológico. Para tal, solicitaram que os participantes respondessem questionários padronizados que avaliavam a aliança terapêutica e a satisfação dos pacientes em relação aos serviços prestados. A partir dos resultados dos questionários, o estudo apontou que os participantes que perceberam por parte dos psiquiatras comportamentos de colaboração, empatia e que se mostravam mais acessíveis, apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso. Gaudio e Miller (2006), também investigaram o efeito da aliança terapêutica sobre a adesão e constataram uma relação positiva entre estas duas variáveis, ou seja, quanto maior a aliança terapêutica, maior a adesão ao tratamento.

Categorias de Comportamentos

Uma das formas usadas para avaliar a interação terapêutica ocorre por meio da descrição de categorias de comportamentos que ocorrem em sessão e a análise dos mesmos. Estudos com o caráter descritivo demonstram características específicas de tal condição. De acordo com Yano e Meyer (2004), medidas como testes não permitem verificar se as mudanças observadas nos comportamentos dos clientes ocorrem devido à intervenção ou se são produto de variáveis externas ao processo terapêutico. Para solucionar tal problema, as autoras sugeriram a observação clínica e a categorização dos comportamentos observados, como uma medida confiável para análise do processo terapêutico. Segundo Fogaça, Bolsoni-Silva e Meyer (2014), a identificação dos padrões de interação terapeuta-cliente exige a operacionalização das categorias de comportamentos. De acordo com Zamignani (2007), a sistematização dos dados observados na interação terapêutica em termos de categorias de comportamentos permite a identificação de regularidades no processo terapêutico.

Considerando a importância da categorização de comportamentos da díade terapeuta-cliente, Zamignani (2007) desenvolveu um Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (SiMCCIT). Este sistema é composto por três eixos. O Eixo I se refere aos comportamentos verbais de terapeutas e clientes. O Eixo II corresponde ao tema da interação. O Eixo III se refere aos comportamentos motores como postura corporal e movimentos motores de terapeuta e cliente. De acordo com Zamignani e Meyer (2014), a sistematização das categorias do SiMCCIT pode se dar mediante às categorias específicas de interesse do pesquisador, de modo a compor algum fenômeno específico. Isso possibilita estudos utilizando apenas um dos eixos do sistema. Vale ressaltar que o SiMCCIT é fruto de uma exaustiva revisão de literatura e de pesquisas que utilizaram a categorização de comportamentos, o que favoreceu uma padronização entre os diferentes tipos de categorias já estudadas.

Uma das vantagens do SiMCCIT é que as categorias são bem definidas e há compatibilidade teórica entre elas e a teoria analítico-comportamental. Assim, estudos com diferentes populações foram realizados utilizando o mesmo sistema de categorização (Zamignani & Meyer, 2014b). De acordo com Meyer (2004), usar categorias já desenvolvidas pode ser vantajoso, na medida em que há possibilidade de comparar os resultados de diferentes pesquisas, o que permite também a replicação. Outra vantagem do SiMCCIT é a possibilidade de realização da análise funcional da interação terapêutica ao passo que, após a categorização dos comportamentos, o conjunto de dados de frequência e duração das categorias propicia condições para inferir sobre as relações funcionais.

Considerando que grande parte da terapia é verbal, Zamignani (2007) assumiu como eixo principal de categorização o eixo verbal vocal. Tal eixo é composto pelas seguintes categorias do terapeuta: Solicitação de relato (SRE); Facilitação (FAC); Empatia (EMP); Informação (INF); Solicitação de reflexão (SRF); Recomendação (REC); Interpretação (INT); Aprovação (APR); Reprovação (REP); Outras verbalizações do terapeuta (TOU); e T silêncio (TSL). As categorias referentes aos comportamentos verbais vocais do cliente são: Solicitação (SOL); Relato (REL); Melhora (MEL); Metas (MET); Cliente estabelece relações entre eventos (CER); Concordância (CON); Oposição (OPO); Outras verbalizações do cliente (COU); e C silêncio (CSL). A definição detalhada de cada categoria pode ser observada no anexo A.

Cada uma dessas categorias possuem um papel importante no processo terapêutico. A categoria Solicitação de relato (SRE) tem sido utilizada com o objetivo de levantar dados referentes aos comportamentos do cliente e eventos vivenciados por ele. Em uma interação com alta frequência de SRE também é esperado que se obtenha alta frequência da categoria Relato. Em uma pesquisa que teve por objetivo descrever as categorias de terapeutas e clientes presentes em sessões iniciais de terapia, foi observado que a categoria SRE foi a

segunda mais frequente e a categoria com maior duração (Tozze, Bolsoni-Silva, Garcia, & Nunes, 2015). Os autores argumentaram que a alta ocorrência desta categoria é comum na fase inicial do processo terapêutico, já que se trata de uma fase caracterizada pela coleta de dados. Segundo Silvaes e Gongora (1998), o clínico deve levar alguns aspectos em consideração no processo de levantamento dos dados, tais como: se a pergunta é aberta ou fechada, a fidedignidade dos dados relatados, o modo como as perguntas são feitas (pode enviesar relatos), o modo como reage as respostas (pode selecionar o relato do cliente), etc. De acordo com as autoras, o terapeuta, além de atentar para o conteúdo da fala do cliente, também deve considerar o modo como ele fala, a velocidade, a entonação da voz, além de outros comportamentos durante a interação.

A categoria Facilitação (FAC) é caracterizada por verbalizações curtas como: “uhum”, “sei”, “certo”, “entendi”, etc. Geralmente é utilizada com o objetivo de sinalizar atenção durante a fala do cliente e pode funcionar como uma forma de manter o falante em sua atividade de comunicar algo (Zamignani, 2007). De acordo com Falcone (2002), quando o terapeuta demonstra atenção no relato do cliente, permite que o falante se sinta à vontade para continuar falando e aumente a auto revelação. Por este motivo a escuta ativa, neste caso em forma de Facilitação, possui um papel importante, principalmente no início das interações.

A Empatia (EMP) é um dos principais comportamentos responsáveis pela aliança terapêutica (Palhoco, 2011; Villani, 2004). Agir empaticamente seria o ato de compreender alguma experiência relatada pelo cliente e comunicar tal compreensão, oferecendo apoio e aceitação (Falcone, 1999; Palhoco, 2011). O uso da categoria EMP durante intervenções diretivas também pode reduzir a probabilidade do cliente se opor às intervenções do terapeuta. Sadi (2011), Oshiro e Meyer (2014), ao investigarem a interação terapêutica com clientes com diagnóstico de transtorno de personalidade, perceberam que a frequência e duração da categoria EMP foi maior do que em outras pesquisas. Concluíram que a alta frequência desta

categoria reduziu a probabilidade dos clientes se oporem, uma vez que a literatura aponta que indivíduos com tal diagnóstico costumam apresentar alta frequência de Oposição (OPO), principalmente em intervenções mais diretivas. Apesar desta categoria ser relevante para o estabelecimento da aliança terapêutica, o clínico deve cuidar para não usá-la em demasia, pois de acordo com Harwood e Eyberg (2004), ao apoiar o cliente em excesso, o clínico pode acabar mantendo alguns comportamentos considerados inadequados.

A categoria Informação (INF) tem sido associada a intervenções que tem o objetivo de transmitir explicações sobre os eventos. Geralmente as intervenções psicoeducacionais estão repletas desta categoria (Zamignani, 2007). Intervenções psicoeducacionais procuram ensinar o cliente sobre determinada patologia, características do tratamento, como prevenir recaídas, etc. De acordo com Lage, Sztamfater e Savoia (2009), a psicoeducação é imprescindível em intervenções destinadas a clientes psiquiátricos.

Na terapia analítico-comportamental, os terapeutas utilizam a análise funcional como forma de interpretar os comportamentos dos clientes. O comportamento de interpretar (INT) pode envolver tanto aspectos relacionados a diagnósticos, bem como a descrição de contingências e a previsão de eventos futuros (Zamignani, 2007). De modo geral, os terapeutas analítico-comportamentais procuram descrever as variáveis de controle para os clientes. Analistas do comportamento concordam que seria importante tornar consciente ao cliente as variáveis de controle de seus comportamentos, bem como ensiná-los a encontrar tais variáveis e relacioná-las entre si (Guilhardi, 1997; Guilhardi & Queiroz, 1997; Löhr, 2008; Villani, 2004). Para Guilhardi e Queiroz (1997), ensinar o cliente a fazer análise funcional proporciona condições de agir de modo diferente no futuro.

A categoria Solicitação de reflexão (SRF) é outra categoria que tem papel importante no processo de conscientização do cliente. Tem sido utilizada para levantar informações sobre as variáveis de controle do comportamento e também para favorecer o estabelecimento de

relações entre eventos (CER) por parte dos clientes. Apesar do esforço dos analistas do comportamento em ensinar clientes a fazer análises, a pesquisa de Villas-Bôas, Meyer e Kanter (2016) demonstrou que tal condição não alterou a frequência dos comportamentos-alvo. Os autores realizaram uma pesquisa experimental de sujeito único, com linha de base e duas fases experimentais. Na primeira fase experimental, a terapeuta introduziu a variável que consistiu em comportamentos característicos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Especificamente, introduziu os comportamentos de observar, evocar, responder contingencialmente aos comportamentos-alvo e verificar o efeito que o responder contingente tinha sobre estes comportamentos. Na segunda fase experimental, além de utilizar estes comportamentos, a terapeuta também introduziu a análise da relação terapêutica, fazendo paralelo com as dificuldades do cliente fora da sessão. Como resultado da intervenção obteve-se que observar, evocar, responder contingencialmente, e verificar o efeito do responder contingente favoreceram o aumento dos comportamentos adequados e redução dos inadequados. Também observou-se que após a introdução de análises na segunda fase experimental as duas clientes participantes da pesquisa aprenderam a fazer análises. No entanto, tal fato não alterou a frequência de comportamentos adequados fora da sessão.

A categoria Recomendação (REC) exerce um papel importante na mudança de comportamento dos clientes. Uma das características da terapia analítico-comportamental é que os terapeutas costumam sugerir a seus clientes maneiras diferentes de agir, seja por meio de treino de habilidades sociais (Mitsi, Silveira & Costa, 2004) ou orientações para que o cliente faça algumas tarefas durante a semana (Taccola, 2007; Vandenberghe, 2000). Esse tipo de intervenção tem possibilitado resultados rápidos em psicoterapia e uma aceitabilidade da comunidade (Meyer, 2004). No entanto, deve-se cuidar para o momento e o modo que esta categoria será utilizada. Por exemplo, Harwood e Eyberg (2004) informaram que a utilização

de orientações nas primeiras sessões pode ser prejudicial ao processo terapêutico gerando comportamentos opostos por parte dos clientes.

As categorias Aprovação (APR) e Reprovação (REP) são utilizadas para sinalizar ao cliente quais comportamentos são adequados e inadequados. A APR pode aparecer como elogios, descrições de melhora, concordância com as atitudes do cliente e agradecimentos (Zamignani, 2007). Geralmente os terapeutas utilizam essa categoria para sinalizar ao cliente que algum comportamento foi adequado. O objetivo final ao utilizá-la é proporcionar mais ocorrências do comportamento específico ou facilitar o vínculo entre terapeuta e cliente. Já a categoria REP tem objetivo de sinalizar ao cliente que algum comportamento foi inadequado. Segundo Zamignani (2007), a REP direcionada ao cliente pode ocorrer em forma de ameaças, críticas, confrontos, advertências e ironias. Geralmente os terapeutas procuram utilizar pouco esta categoria com o objetivo de seguir a regra de Skinner (1953/2003) de ser uma audiência não punitiva. Pesquisas que utilizaram o SiMCCIT confirmam esta afirmativa. Na pesquisa de Silveira (2009) a frequência da REP ficou em torno de 1%, na de Sadi (2011) cerca de 0,8% e na de Rossi (2012) a frequência foi de 0%.

A categoria Outras verbalizações do terapeuta não tem sido principal objeto de interesse nas pesquisas. Ela envolve verbalizações não contempladas nas outras categorias, verbalizações como acertos ocasionais com o cliente ou opiniões pessoais sobre eventos externos não relacionados ao problema apresentado pelo cliente (Zamignani, 2007). Por fim, a categoria T silêncio refere-se a quando o terapeuta permanece em silêncio, condição que pode ter função importante no processo terapêutico. Em intervenções da FAP, o silêncio tem sido utilizado para evocar comportamentos clinicamente relevantes (Kohlenberg & Tsai (2001). Na intervenção apresentada por Taccola (2007), por exemplo, a terapeuta permanecia em silêncio no início de algumas sessões e após encerrar algum assunto. Tais intervenções tinham objetivo de fazer com que a cliente iniciasse o diálogo, uma vez que foi identificado

como problema clínico a dificuldade da mesma para falar em público, expor suas opiniões, além da baixa frequência de verbalizações espontâneas.

Desde 2007, diversas pesquisas têm utilizado o SiMCCIT, como por exemplo Rossi (2012), que categorizou a quarta sessão de psicoterapias bem e malsucedidas; Fernandes (2012), que pesquisou as sessões iniciais de terapia; Sadi (2011), categorizou comportamentos em sessões com uma pessoa diagnosticada com Borderline; Melo, Aureliano e Zamignani (2014), apresentaram uma proposta de análise da terapia de casal; Del Prette e Meyer (2014), uma proposta de análise da terapia infantil e Silveira (2009), analisou sessões em grupo.

No estudo de Silveira (2009), foi identificada a frequência e a duração de categorias verbais vocais propostas por Zamignani (2007), de uma intervenção em grupo com cuidadoras que apresentavam dificuldade de interação com as crianças da família. O grupo foi composto por uma terapeuta analítico-comportamental e três clientes (duas mães e uma avó). Foi realizada uma intervenção com quatorze sessões, mas categorizou-se apenas cinco, totalizando dez horas de filmagens. Além disso, a autora apresentou análises correlacionais e sequenciais sobre os padrões de comportamentos da terapeuta e das clientes.

Nesta pesquisa, as categorias da terapeuta de maior frequência foram Aprovação, Recomendação e Solicitação de relato. As de maior duração foram Informação, Recomendação e Interpretação. Já as de menor frequência e duração foram Reprovação e Empatia. Silveira (2009) concluiu que em intervenções de grupo o terapeuta deve alternar as categorias Solicitação de reflexão, Interpretação e Recomendação com as categorias Empatia e Aprovação, pois tais categorias reduzem o impacto aversivo das primeiras.

A partir de sua pesquisa, Silveira (2009) viu a necessidade de criar novas categorias que se adequassem a modalidade de grupo. A autora também afirmou que o SiMCCIT (Zamignani, 2007) mostrou-se produtor, mesmo sendo desenvolvido a partir de dados de

sessões individuais. Ademais, recomendou pesquisas com novas questões, como análise de grupo com características distintas e com outros tipos de intervenção.

Considerando os resultados das pesquisas anteriormente apresentadas, pretende-se analisar uma Intervenção em Grupo para pessoas com TB. A presente pesquisa torna-se relevante na medida em que possibilita compreender o que ocorre em uma intervenção de grupo para a população com este diagnóstico. Ademais, espera-se identificar quais categorias de comportamentos constituem uma interação terapeuta-cliente em um grupo para pessoas diagnosticadas com TB. Espera-se que este estudo possa contribuir para o planejamento de intervenções futuras, na formação de terapeutas, bem como contribuir para pesquisas sobre processo em psicoterapia no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo terapêutico de uma intervenção em grupo para clientes diagnosticados com Transtorno Bipolar.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever a frequência e a duração de comportamentos verbais vocais de terapeutas e clientes de uma intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas diagnosticadas com Transtorno Bipolar;
2. Levantar hipóteses sobre fatores que podem ter favorecido a redução dos escores de Mania e Depressão, bem como a melhora da qualidade de vida;
3. Verificar frequência das categorias comportamentais dos terapeutas que antecederam o comportamento de concordar dos clientes;

4. Verificar frequência de categorias comportamentais direcionadas a cada indivíduo e ao grupo.

3. MÉTODO

O método desta pesquisa será apresentado em duas partes. A primeira parte tem como objetivo demonstrar as formulações dos casos no que corresponde aos dados da pesquisa desenvolvida por Costa (2016) em relação às características dos clientes, às intervenções e aos resultados de testes. Além disso, serão acrescentados dados relacionados às características dos terapeutas e aspectos da análise funcional que não foram apresentados na pesquisa de Costa (2016), com o objetivo de atender aos critérios da Associação Americana de Psicologia para os relatos de estudos de casos baseados em evidências (American Psychological Association, 2006). A segunda parte contém dados relacionados à categorização dos comportamentos dos participantes e análise dos mesmos.

3.1 Parte 1

3.1.1 Participantes

a) Terapeutas: dois psicólogos (T1 e T2), ambos recém-graduados, com formação na abordagem analítico-comportamental e alunos do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Os dois terapeutas já tinham tido oportunidade de trabalharem juntos na modalidade de atendimento em grupo e individual.

T1

Do gênero feminino, 24 anos, teve contato com os clientes antes do início do grupo, durante o processo de seleção dos participantes. Durante a graduação, teve experiência em atendimento individual de adultos, grupos destinados ao atendimento de idosos e de crianças

para o desenvolvimento de Habilidades Sociais. T1 teve uma formação extra (200 horas) em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

T2

Do gênero masculino, 28 anos, seu primeiro contato com os clientes desta pesquisa ocorreu durante a intervenção em grupo. Durante a graduação, teve experiência no atendimento individual de crianças, adolescentes e adultos. Realizou atendimento em um grupo destinado ao desenvolvimento de Habilidades Sociais para idosos. Também teve formação extra (180 horas) em psicoterapia analítico-comportamental infantil. Vale ressaltar que o T2 é o pesquisador deste trabalho.

b) Clientes: quatro mulheres e um homem (P1, P2, P3, P4 e P5), diagnosticados com TB por psiquiatras responsáveis pelos seus atendimentos e encaminhamentos para participação da pesquisa, com objetivo de analisar uma intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas com TB (Costa, 2016). Após convite e aceite, todos os participantes assinaram um termo de consentimento e autorizaram o registro e a utilização dos dados nas pesquisas (Anexo B). As sessões foram registradas em áudio e vídeo. No período da intervenção, os clientes encontravam-se em estado de eutimia no que se refere aos episódios de mania/hipomania e depressão, condição necessária para que pudessem compreender e acompanhar as atividades, além de não prejudicar o andamento do grupo. Além disso, durante o período da pesquisa, nenhum deles fazia uso abusivo de substâncias químicas, não apresentavam prejuízo cognitivo e não estavam em acompanhamento psicológico concomitante.

Com intuito de auxiliar na compreensão do padrão comportamental de cada participante, serão apresentados dados relacionados à condição sociocultural, ao contexto familiar e ao histórico de cada um em relação ao diagnóstico e ao tratamento.

P1

Tinha 26 anos, gênero feminino, ensino superior incompleto, classe média, atuava como vendedora e residia com o marido e um filho de 4 anos. Recebeu diagnóstico de TB tipo II cerca de um ano antes da pesquisa, mas, de acordo com a cliente, a primeira crise ocorreu há quatro anos, período concomitante com sua gravidez. Quando começou a participar do grupo de pesquisa não estava fazendo uso dos medicamentos recomendados por sua psiquiatra, mas durante a pesquisa retomou o tratamento medicamentoso.

No que se refere aos aspectos ambientais que favoreciam os sintomas clínicos, pode-se apontar o fator genético, uma vez que sua irmã tinha o mesmo diagnóstico e um contexto familiar estressante. De acordo com o relato da cliente, era procurada para solucionar vários conflitos familiares, o que, segundo ela, colaborava para a piora do quadro.

Dentre os sintomas do TB, os mais comuns relatados pela cliente quando estava em momentos depressivos eram: irritabilidade, dificuldade de concentração e perda de interesse em atividades. Em condições de hipomania, os sintomas mais citados foram: aumento excessivo de atividade, agitação psicomotora, sentimento de grandiosidade em que planejava abrir empresas, sensação de pensamento acelerado e dificuldade de concentração. A cliente também apresentava como queixa clínica a dificuldade de concluir algumas atividades, o que favorecia sentimentos de inutilidade, culpa e insatisfação.

De modo geral, a participante entrava frequentemente em contato com estimulação aversiva (brigas de familiares). Quando tais fatos ocorriam, solicitavam para que ela ajudasse a resolver os conflitos, o que funcionava temporariamente, pois as brigas cessavam. No

entanto, ao ajudar os familiares, acabava se prejudicando, uma vez que entrava em contato com eventos estressores e deixava de cuidar de si. Sendo assim, tal padrão relacionado a ajudar as pessoas, geralmente era negativamente reforçado, pois removia a estimulação aversiva, mas também era uma das principais formas em que a cliente estabelecia interações com a família. Tais comportamentos tinham consequência negativa a longo prazo, uma vez que era a principal pessoa a ser procurada nessas situações e por isso continuava entrando em contato com estimulação aversiva. Outro comportamento característico do TB que prejudicava a relação familiar era a agitação e aumento excessivo de atividades. A seguir apresenta-se um trecho da sessão que representa tais fatos.

P1: A pessoa que eu mais convivo em casa é o meu esposo né. E como eu sou uma pessoa extremamente agitada e acelerada. E assim, ele é bem calmo. [...] E às vezes eu deixo ele meio confuso com toda essa minha é, como é que fala, atividade, querer fazer as coisas muito rápido, fazer duas, três coisas ao mesmo tempo. Ele não acompanha. Então às vezes eu faço ele esquecer as coisas, eu faço ele esquecer de pegar alguma coisa porque eu fico vamo, vamo, vamo fazer isso, vamo fazer aquilo e vamo que nós tá atrasado e assim, eu acho que eu afeto essa parte.

Nas situações em que se sentia mais fragilizada, costumava se afastar das pessoas. Quando os outros se aproximavam oferecendo ajuda ou questionando suas expressões de tristeza, respondia agressivamente ou dizia que nessas situações preferia ficar sozinha. Além disso, apresentava a autorregra de que quando não se sentisse bem, seria melhor se afastar das pessoas, e que conversar sobre seus sentimentos poderia deixá-la mais irritada. Ao agir desta forma, provavelmente perdia a oportunidade de ser cuidada e fortalecia a ideia dos familiares de que era forte e uma pessoa a quem deveriam recorrer em situações de conflitos, uma vez que sempre estava disposta a ajudar e dificilmente solicitava ajuda.

P2

P2 tinha 28 anos, gênero feminino, classe média, estudante universitária, trabalhava em um projeto social. Diagnosticada com TB tipo I, apresentou os primeiros sintomas logo após o nascimento do filho. Dentre os sintomas do TB, os mais frequentes nos momentos de depressão eram: humor deprimido, perda de prazer ou interesse nas atividades diárias, irritabilidade e dificuldade de concentração. Nos momentos de Mania eram: aumento excessivo de atividade e sentimento de grandiosidade.

Residia com o marido, um filho de três anos, mãe e um irmão. De modo geral, a família lhe oferecia apoio, principalmente sua mãe e marido. A cliente teve um histórico de violência sexual na infância, o que, de acordo com ela, era um fator que prejudicava seu relacionamento com o marido. Já havia passado por um processo terapêutico e tinha histórico de ideação suicida. Além disso, apresentava um padrão comportamental agressivo que afastava as pessoas, padrão confirmado por outro membro do grupo que a conhecia há oito anos, como pode ser observado no trecho a seguir:

P1: *“É a P2, quando eu conheci ela há oito anos atrás, eu senti um pouco de dificuldade para me aproximar dela. Eu ficava puxando assunto assim com ela, ela dava pouco espaço né. Mas eu sentia que tinha um entrosamento”*.

P2 apresentava um clássico padrão depressivo que era possível ser observado durante o grupo, como pouca verbalização, postura curvada e expressão cabisbaixa. De acordo com a cliente, até mesmo seu filho comentava sobre sua expressão facial. Era comum se afastar das pessoas quando estava se sentindo mal, inclusive reduzindo a interação com o filho. Nas situações em que se sentia desta forma, podia se afastar porque sua mãe a ajudava nos cuidados com a criança. No entanto, tal isolamento propiciava a perda de oportunidade para estabelecer uma interação mais próxima com o filho, e ela se sentia culpada por isso.

P3

Tinha 24 anos, gênero feminino, classe média alta, ensino superior completo e estava desempregada. Morava com a mãe e o avô, e estava noiva. Diagnosticada com Síndrome Depressiva – Espectro Bipolar, apresentava: irritabilidade, impulsividade, fala desenfreada, pensamentos acelerados e agitação psicomotora. Dentro dos sintomas da depressão, os mais comuns eram: sentimentos de desesperança, vazio e sentimento de inutilidade. Também se queixava de dificuldade para concluir objetivos. Além dos sintomas do TB, a cliente apresentava algumas comorbidades, como sintomas dos transtornos somatoformes e Transtorno do Pânico.

A cliente teve uma infância em que presenciou muita agressão física e verbal por parte de seu pai em relação aos seus irmãos. No entanto, ele agia de modo diferente com ela, pois era afetuoso, o que a deixava confusa. Sua mãe era ausente, pois trabalhava muito para ajudar na manutenção da casa. Em sua adolescência, envolveu-se em constantes atividades de risco e fez uso de drogas. Além disso, presenciava diversas crises da irmã que era diagnosticada com TB. De acordo com a cliente, a convivência com a irmã era muito difícil, pois suas crises eram intensas. Apesar de na adolescência apresentar alguns sintomas como a impulsividade, recebeu diagnóstico somente após o suicídio da irmã, por volta de dois anos e meio antes da pesquisa. P3 atribuía como causa de suas crises tal fato ocorrido com a irmã, pois foi logo após a este evento que passou a ter sintomas como pânico e medo excessivo de que sua mãe morresse.

Outro problema clínico apresentado pela cliente era a constante esquiva experiencial. Em situações em que se sentia triste, procurava fazer diversas atividades para não entrar em contato com esses sentimentos. Em seguida, apresenta-se um trecho que exemplifica tal afirmação:

P3: *“Da função da infância da minha mãe e da morte da minha irmã. O que eu faço para lidar, eu não penso, não falo sobre. Eu esqueço, passou morreu, já era, acabou e olho para frente [...] Daí tem os poréns, igual ele falou, quando, daí já não é para lidar com isso. Daí é para quando eu penso quando eu fico triste. Daí eu vou comer ou vou comprar, vou consumir. Mas o que eu faço para lidar é não pensar. [...] Então eu não gosto de me sentir assim. Então eu fujo, eu abstraio, eu fecho eu fecho aquela porta. E é assim que eu vou vivendo.”*

Como a cliente tinha dificuldade para entrar em contato com os eventos privados, tinha dificuldade para identificar os episódios depressivos, ficando mais evidente os sintomas físicos característicos do diagnóstico. Ademais, apresentava uma fala intelectualizada, se comprometia pouco com o processo terapêutico (já tinha desistido de dois processos terapêuticos anteriores) e era resistente às orientações médicas.

P4

Com 44 anos, gênero feminino, ensino médio completo, classe média, atuava como sócia de um restaurante. Residia com marido e uma filha adolescente. Há 22 anos, logo após o nascimento da primeira filha passou a ter crises depressivas e recebeu diagnóstico de depressão, sendo medicada com antidepressivos. Apenas um ano antes do início da intervenção do grupo, recebeu o diagnóstico de TB tipo II. Além disso, é importante dizer que a cliente tinha um histórico de tentativa de suicídio.

Os sintomas do TB mais frequentes eram: diminuição de prazer e interesse nas atividades diárias, hipersonia, fadiga, retardo psicomotor, dificuldade de concentração, impulsividade e envolvimento em várias atividades ao mesmo tempo. A cliente apresentava um padrão comportamental de passividade e por este motivo acabava entrando em contato com situações estressoras que funcionavam como antecedentes para crises depressivas. Como

tinha dificuldade para recusar pedidos, acabava assumindo compromissos sem analisar as consequências de sua ação. Como nem sempre conseguia dar conta desses compromissos, ficava sobrecarregada, tinha uma piora clínica e a demanda reduzia. Ou seja, as crises eram desencadeadas por situações de estresse, no entanto também eram mantidas por reforçamento negativo.

P5

Com 32 anos, gênero masculino, ensino superior completo, classe média, era funcionário público e residia com esposa e filha. Recebeu diagnóstico de TB seis anos antes do início da pesquisa, apresentando como principais sintomas: aumento excessivo de atividades, agitação psicomotora, humor expansivo, redução da necessidade do sono, sensação de pensamento acelerado, envolvimento em atividade de risco e fala desenfreada acima do que é habitual. Esta última característica pode ser claramente observada em sessão, pois o cliente falava constantemente, sendo prolixo, sem considerar a necessidade dos outros em participarem das sessões. Segue um exemplo:

P5 para T1: Pode ser. Tem que falar que eu sou o maníaco do vale... Uma falação.. (risos) É... “redução da necessidade de sono”. Hipermania. (risos).

T1 para P5: Hipermania? (risos) Isso tá acontecendo com você agora, P5?

P5 para T1: Agora to mais calmo. Mas durante a greve que não acabava eu quase não dormia. E tava gostando.

De acordo com o cliente, sua mãe também tinha o diagnóstico de TB, o que lhe causava muita preocupação, pois ela não aceitava o tratamento. Apesar de se queixar de ter tido uma infância difícil e um relacionamento com os familiares conturbado, comentava pouco sobre os momentos depressivos e relatava evitar entrar em contato com os sentimentos relacionados à depressão. Além disso, os comportamentos característicos da mania/hipomania

eram valorizados no contexto em que vivia, pois P5 era altamente produtivo, se envolvia em lideranças dos grupos da igreja e em movimentos sindicais.

3.1.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 49062715.8.0000.5231. De forma a atender aos princípios éticos, foi firmado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B) com os participantes do estudo, onde constavam os objetivos da pesquisa, autorização para filmagens e uso da mesma em estudos futuros, além da garantia de anonimato e permissão para que desistissem de participar em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

3.1.3 Local

As sessões foram realizadas em uma sala de grupo da Clínica-Escola de Psicologia da UEL. Esta sala continha um espelho unidirecional que possibilitou a observação das colaboradoras e orientadora da pesquisa, que foram apresentadas aos clientes na primeira sessão. A Figura 1 representa o local em que as sessões foram conduzidas.

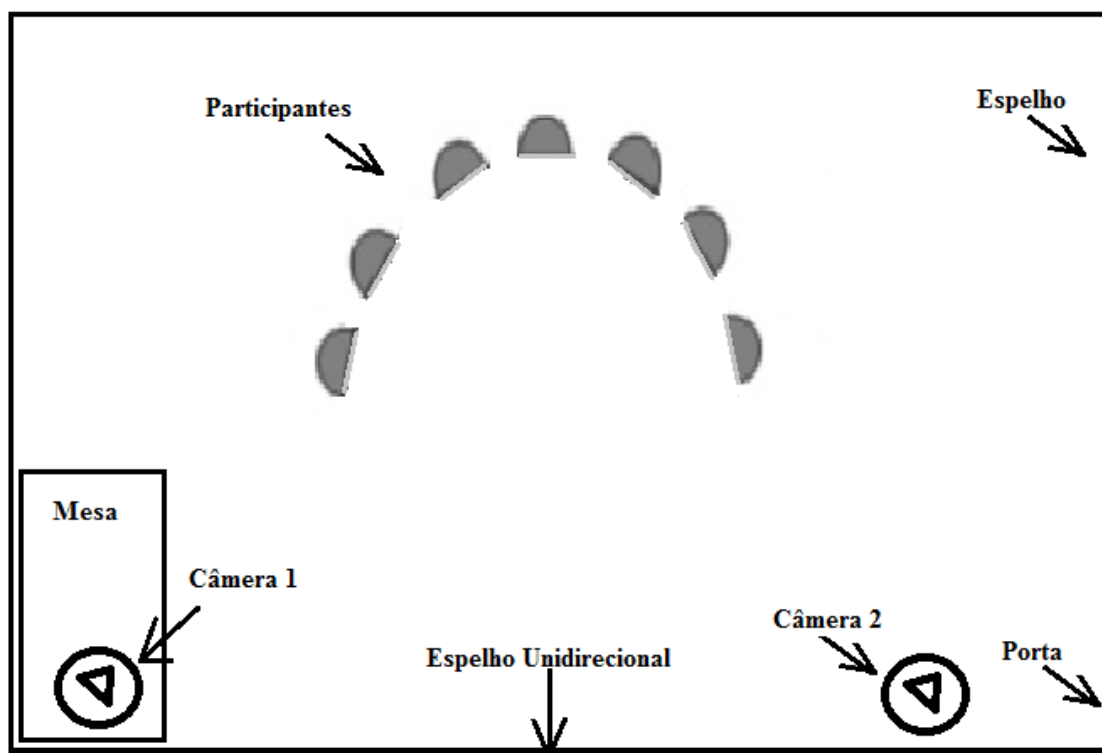


Figura 1. Representação do local da coleta dos dados.

3.1.4 Instrumentos

Para analisar os resultados da intervenção, Costa (2016) utilizou a escala Hamilton (avalia sintomas de depressão), a escala de mania Young (avalia sintomas de mania) e o WHOQOL-bref (qualidade de vida). Os instrumentos foram aplicados antes, logo após o termino e três meses depois da intervenção.

3.1.5 Procedimento

A intervenção desenvolvida por Costa (2016) foi delineada com base nos pressupostos da ACT e na Psicoeducação. Para a compreensão dos procedimentos adotados, a seguir serão descritas cada sessão de atendimento, seus objetivos e estratégias utilizadas.

Sessão 1: Os terapeutas apresentaram a proposta da pesquisa, explicaram o que era a psicoeducação e a Terapia de Aceitação e Compromisso. Também conduziram uma atividade

para que os clientes pudessem perceber quais características tinham em comum e em quais se diferenciavam. Essa atividade teve o objetivo de integrar e promover o autoconhecimento do grupo e foi conduzida com a leitura de frases que descreviam características dos clientes identificadas nas entrevistas iniciais. Quando o cliente se identificava com a característica, pegava o papel que representava a mesma e colava abaixo de seu nome em um cartaz colado na parede. No fim da sessão, os clientes identificaram que todos tinham algumas características semelhantes, que poderiam favorecer a aproximação, bem como particularidades que os tornavam pessoas únicas.

Sessão 2: Questionamento sobre quais sintomas do TB os participantes apresentavam e quando ocorriam (fase de Mania, Hipomania ou Depressão). Para isso, foi lida uma relação de sintomas que compõem os episódios do transtorno. Os clientes relataram se já tinham experienciado tais condições e especificaram em quais episódios aqueles sintomas eram mais comuns.

Sessão 3: Os terapeutas apresentaram características do TB, bem como os eventos que favorecem os episódios de crise. Foram levantados quais sentimentos, pensamentos, lembranças os clientes consideravam dolorosos, o que faziam para lidar com eles e se tais estratégias funcionavam a curto e a longo prazo. Além disso, explicaram que a tentativa de controle dos eventos encobertos seria problemática em algumas situações e que haveria outras alternativas para lidar com estes encobertos. Nesta sessão os terapeutas introduziram estratégias da ACT.

Sessão 4: Condução de atividade vivencial que possibilitasse que os clientes entrassem em contato com os sentimentos. Posteriormente, houve discussão sobre a impossibilidade total de esquiva dos encobertos considerados por eles como aversivos. Para tal, foi entregue para cada cliente pequenas caixas de madeira e solicitou-se que escrevessem determinados pensamentos, sentimentos e lembranças que gostariam de colocar na caixa. Por fim, discuti-

se que não era possível vivenciar momentos bons e prazerosos se dedicassem todo o tempo a manter a caixa fechada e distante. Para terem acesso a sentimentos agradáveis, teriam que correr o risco de entrar em contato com os sentimentos difíceis. De modo geral, procurou-se explicitar que a esquiva experiencial não seria a melhor solução dos problemas. Como atividade extrassessão, solicitou-se que refletissem sobre ações que deixavam de realizar para não entrar em contato com algum evento privado considerado difícil.

Sessão 5: Participação de duas residentes de Psiquiatria, que acompanhavam as sessões do grupo em sala de espelho. Foram abordadas questões sobre medicamentos utilizados, quais fatores biológicos estavam envolvidos no transtorno, características relacionadas ao prognóstico, o efeito do uso de substâncias como álcool e drogas e aspectos relacionados à gravidez de pessoas com TB.

Sessão 6: Os terapeutas discutiram sobre a atividade extrassessão e retomaram os temas abordados em sessões anteriores, responderam dúvidas dos clientes, disponibilizaram informações sobre o transtorno e pressupostos da ACT. Como atividade extrassessão, foi solicitado que observassem o impacto de seus comportamentos sobre outras pessoas.

Sessão 7: Incentivo ao fornecimento de *feedbacks* entre os participantes. Durante as sessões anteriores, os terapeutas levantaram como hipótese que os participantes poderiam ter dificuldade em perceber o impacto que o comportamento de cada um tinha sobre as outras pessoas do seu convívio. Diante disso, solicitou-se que cada membro explicitasse o que observava dos comportamentos dos outros participantes e como tais comportamentos os afetava. Também foi solicitado que identificassem qual impacto o seu comportamento tinha sobre as pessoas de uma maneira geral. Diante de dificuldades relacionadas à verbalização de tais condições, foram apresentados exemplos dos comportamentos observados em sessão e qual efeito os mesmos poderiam produzir na vida diária de cada um. Como atividade extrassessão, foi recomendado que refletissem sobre o que e quem era especial para eles.

Sessões 8 e 9: Discussão sobre valores e objetivos de vida. Como meio de introduzir a temática, foi desenvolvida atividade em que os clientes foram vendados e orientados a se dirigirem a diferentes objetos. Foi explicado para os clientes que as orientações dadas pelos terapeutas enquanto eles estavam vendados simbolizavam os valores de vida que guiam e mostram o caminho que o indivíduo deve seguir. Também foi explicado que cada objeto encontrado simbolizava os objetivos de vida. Posteriormente, os clientes tiveram um tempo para pensar e discutir quais eram os seus valores e objetivos de vida, bem como o que poderiam fazer para alcançá-los. No fim da nona sessão, foi solicitado que refletissem sobre os sentimentos, pensamentos e lembranças colocados dentro da caixa de madeira. Como atividade extrassessão, deveriam personalizar tal caixa de uma forma que a mesma pudesse representá-los.

Sessão 10: Apresentação das caixas personalizadas e compartilhamento sobre o que pensaram em relação aos conteúdos contidos nas mesmas. Discutiui-se sobre o que pensaram em relação aos objetivos de vida e foram incentivados a continuarem a seguir as recomendações de prestar atenção no efeito que seus comportamentos tinham sobre os outros, nos sinais que antecediam o início de uma crise e a agir de acordo com os valores e objetivos de cada um. Posteriormente, foi retomada a atividade de colagem de símbolos correspondentes às frases lidas (realizada na primeira sessão). Os clientes puderam verificar se algo mudou em suas vidas e o que permanecia igual. Por fim, foi levantado os benefícios obtidos com a participação no grupo e o que poderiam fazer para manter as mudanças alcançadas.

3.1.6 Resultados

A comparação dos escores apresentados pela aplicação dos instrumentos na fase de pré e de pós-intervenção demonstrou que a intervenção desenvolvida por Costa (2016) foi bem

sucedida, na medida em que os índices de depressão diminuíram para todos os participantes. Os participantes P1, P3, P4 e P5 apresentaram redução dos escores de mania e P2 apresentou leve aumento. Todavia, mesmo com o aumento do escore, P2 se manteve em estado eutímico. Além disso, na avaliação três meses após o término da intervenção, observou-se redução dos escores de depressão para P1, P2 e P5. No que se refere à escala de Mania, foi constatado um leve aumento para P1 e redução para P2 e P5. Não foi possível avaliar os escores de P3 e P4, pois ambas não compareceram à sessão de *follow-up*. Também foi identificado melhora na qualidade de vida dos participantes ao se comparar os escores dos instrumento Whoqol-bref no pré e pós intervenção. Mais detalhes das sessões e resultados da intervenção podem ser encontradas em Costa (2016).

3.2 Parte 2

3.2.1 Recursos Humanos

A pesquisa contou com a colaboração de: 1 - aluna do 2º ano do curso de Psicologia, que auxiliou na transcrição das sessões e de 2 - aluna do 5º ano de Psicologia, que auxiliou nas avaliação de concordância. Ambas são da mesma instituição. Também foi solicitado que as colaboradoras assinassem um Termo de Confidencialidade e sigilo (Apêndice A), garantindo a proteção da identidade dos participantes, sigilo quanto às informações contidas nas sessões e devolução ao pesquisador do material utilizado, sem a realização de cópias.

3.2.2 Materiais

Para o registro das imagens e áudios da intervenção apresentada por Costa (2016), foram utilizadas duas filmadoras da marca Sony HDR-XR160, montadas em tripé, direcionadas para os participantes e dois gravadores de áudio modelo Sony ICD-PX820. As gravações foram arquivadas em HD externo para acesso posterior. Para análise do processo

terapêutico, foram utilizadas filmagens de nove dentre as dez sessões apresentadas por Costa (2016) e um computador com o *Software Excel e Word* para análise dos dados.

Para o treino da colaboradora 2, foi utilizado um manual de observação contendo categorias de comportamento verbal vocal do terapeuta e cliente, baseadas em Zamignani e Meyer (2014) (Anexo A – versão atualizada) e outro com as categorias Cliente T de comportamento verbal vocal desenvolvidas por Silveira (2009) (Anexo C). As categorias Cliente T foram identificadas como: C-Aprovação (C APR); C-Reprovação (C REP); C-Descreve comportamento (C DES); C-Interpretação (C INT); C-Recomendação (C REC) e; C-Empatia (C EMP). Estas categorias emitidas pelos clientes têm funções semelhantes às categorias emitidas pelos terapeutas. Também foi utilizado o *Software Clic* (Zamignani, 2007) com atividades de ensino programado.

3.2.3 Procedimento de categorização e análise dos dados

Foram realizadas e filmadas dez sessões de atendimento, sendo que cada uma delas teve em média uma hora e quarenta minutos de duração. Optou-se por não analisar a quinta sessão, pois esta contou com a participação de duas profissionais, alunas do curso de residência em Psiquiatria e as interações dos clientes se deram majoritariamente com estas profissionais.

O procedimento de categorização e a análise de dados foi desenvolvido nas seguintes etapas:

- Etapa 1: Estudo do sistema de categorização proposto por Zamignani e Meyer (2014) e transcrição das sessões. A transcrição ficou sob a responsabilidade do pesquisador e da colaboradora 1. Foram transcritos 75 minutos de cada sessão, sendo que as sessões foram transcritas e categorizadas cinco minutos após o início de cada sessão, considerando que esses primeiros minutos correspondem ao tempo de adaptação à sessão e conversas aleatórias. Nas

transcrições também foram especificados quem eram os falantes de cada sequência verbal e a quem o mesmo se dirigia. Para tal, adotou-se como critério de identificação características topográficas, como apontar diretamente para a pessoa, tocar ou chamar o ouvinte pelo nome. Quando tais características topográficas não estavam presentes, especificou-se que a fala se dirigia ao grupo como um todo. Assim que recebeu as transcrições efetuadas pela colaboradora 1, o pesquisador as revisou e corrigiu alguns equívocos como erro na transcrição, exposição do nome do participante, etc.;

- Etapa 2: Após a transcrição das sessões, o pesquisador selecionou aleatoriamente dez minutos de cada sessão. A partir desta seleção, categorizou os trechos com o objetivo de verificar se as categorias apresentadas por Zamignani e Meyer (2014) seriam suficientes para o estudo ou se seria necessário formular novas categorias. Verificou-se que as sequências observadas continham categorias não contempladas no estudo de Zamignani e Meyer (2014), mas que estavam presentes nas novas categorias para clientes apontadas por Silveira (2009). Sendo assim, as categorias propostas pela autora foram inseridas no procedimento de categorização deste estudo. Além dessas, houve a necessidade do desenvolvimento de outras categorias que não foram contempladas nos estudos de Zamignani e Meyer (2014) e de Silveira (2009). Para facilitar no momento da discussão e por também possuírem funções semelhantes às categorias apresentadas pelos terapeutas, elas serão chamadas de Cliente-T, como no estudo de Silveira (2009); O Quadro 1 apresenta a descrição de cada categoria desenvolvida:

Quadro 1. Categorias Clientes-t desenvolvidas para a presente pesquisa

C-Solicita Relato

Sigla: C SRE

Condições necessárias: Pode ocorrer após relato de um participante ou de forma espontânea.

Sequência de eventos: Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que solicitam mais informações sobre o evento relatado ou ocorre a solicitação de informações sem um relato antecedente.

C-Solicita Reflexão

Sigla: C SRF

Condições necessárias: Pode ocorrer após relato de um participante ou de forma espontânea.

Sequência de eventos: Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que solicitam que o participante (A) estabeleça relações entre eventos ou pode ocorrer sem que haja um relato antecedente.

C-Facilita

Sigla: C FAC

Condições necessárias: Relato de um participante.

Sequência de eventos: Durante relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações curtas do tipo (uhum, aham, certo).

C-Fornece informação

Sigla: C INF

Condições necessárias: Relato de um participante e ocasionalmente solicitação de informação.

Sequência de eventos: Um participante (B) apresenta ao participante (A) uma informação sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles.

- Etapa 3: Foi feito um treino para a colaboradora 2 utilizando o *Software Clic*.

Este *Software* contém atividades explicativas sobre as categorias do SiMCCIT, com vídeos exemplificando cada categoria e sistema de *feedback* imediato sobre as respostas do

observador. As categorias foram apresentadas subdivididas em segmentos com sua respectiva definição. Após ler tal definição, a observadora avançava e tinha acesso a um exercício em que selecionava com o *mouse* uma resposta que se referia à categoria apresentada. Quando a observadora apresentava uma resposta errada, o local com a resposta ficava vermelho e ela podia responder novamente. Quando respondia corretamente, o local com a resposta ficava azul, o cursor do *mouse* aparecia em formato de V e a tela mudava para a próxima atividade. Conforme a observadora avançava no treino, o nível de dificuldade aumentava, apresentando alternativas mais complexas com comparações entre as categorias. Além do treino com este *Software*, o pesquisador e a colaboradora 2 se reuniram para discutir as dúvidas sobre as categorias, bem como para esclarecer as definições das categorias apontadas por Silveira (2009) e das categorias desenvolvidas para a presente pesquisa;

- Etapa 4: Para a categorização, o pesquisador tinha em mãos um manual com a descrição das categorias do Eixo I (Zamignani & Meyer, 2014), das categorias definidas por Silveira (2009) e das categorias desenvolvidas para a presente pesquisa. A categorização foi feita da seguinte forma: o pesquisador assistiu e acompanhou a transcrição de cada trecho das sessões. Com o auxílio do *Software Word*, selecionava o trecho analisado e inseria em forma de comentário a sigla da categoria identificada. Optou-se por este tipo de seleção, para facilitar a conferência de algum trecho específico da sessão, caso fosse necessário, o que realmente aconteceu. Várias vezes o pesquisador considerou necessário voltar em alguns trechos específicos da sessão e a transcrição das sessões facilitou este processo. O pesquisador também registrou uma medida indireta de duração das categorias apresentadas pelos participantes. Para tal registro, contabilizou-se a quantidade de palavras contidas em cada sequência de categoria analisada. Esta forma de quantificar a duração de cada categoria foi utilizada por Oshiro e Meyer (2014) e mostrou-se um método pertinente para o registro de duração. Após a categorização de cada sessão, foram contabilizadas a frequência e a duração

das categorias apresentadas por cada participante. As categorias T silêncio e C silêncio do SiMCCIT não foram categorizadas neste estudo por considerar que por se tratar de um grupo a frequência e duração destas categorias não seriam relevantes;

- Etapa 5: Foram efetuados dois testes de concordância através da comparação das categorias observadas pelo pesquisador e a colaboradora 2 para evitar o enviesamento dos dados, bem como para garantir a confiabilidade e a clareza entre os comportamentos observados e as categorias descritas. Primeiramente, foi efetuado o cálculo $PC = [(eventos\ concordantes) / (eventos\ concordantes + eventos\ discordantes)] \times 100$ de 20% das sessões 4, 6 e 9 e esperava-se conseguir um percentual de concordância de 80%, percentual este apontado pela literatura como satisfatório (Cozby, 2003). No entanto, atingiu-se um percentual de concordância entre 60 e 70%. A partir daí, foram feitos ajustes nas novas categorias desenvolvidas na pesquisa e um novo treino da observadora foi efetuado. Foi solicitado que ela categorizasse o restante das três sessões selecionadas para a análise de concordância. Mesmo após novo treino, o percentual de concordância ficou entre 60 e 70%. Os dados das três sessões também foram analisados com o coeficiente *Kappa*. Este coeficiente é a razão da proporção de vezes que os observadores concordam (corrigido por concordância devido ao acaso) com a proporção máxima de vezes em que eles poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso) (Siegel & Castellan, 2006). Ele apresenta um valor que vai de 0 a 1, sendo valores mais próximo de 1 indicativos de bom índice de concordância, e valores mais próximos de 0 indicativos de baixa concordância. O *Kappa* tem sido considerado um bom coeficiente por desconsiderar as concordâncias ao acaso. O cálculo de *Kappa* é representado pela fórmula $k = [P(A) - P(E)] / [1 - P(E)]$, em que $P(A)$ é a proporção de vezes que os observadores concordam e $P(E)$ é a proporção de vezes que se espera que os observadores concordem devido ao acaso. De acordo com Arango (2014), os índices abaixo de 0,4 são considerados pobres, entre 0,4 e 0,8 são considerados moderados e acima de 0,8 é

considerado um forte índice de concordância. Pesquisadores analistas do comportamento que têm utilizado o coeficiente *Kappa* sugerem como um índice satisfatório aqueles que ultrapassam 0,6 (Dos Santos, 2014; Kameyama, 2012; Nobile, 2016; Zamignani, 2007). Nesta pesquisa atingiu-se um coeficiente *Kappa* de 0,63 na quarta e na sexta sessões, 0,66 na nona sessão e um coeficiente total de 0,64. Mais dados com os coeficientes de cada categoria podem ser observados no Apêndice B.

- Etapa 6: Após a categorização, foram organizadas figuras que demonstram a frequência e duração das categorias do terapeuta e clientes com o auxílio do Software *Excel*. Com o objetivo de demonstrar o que seria mais relevante para cada participante, optou-se por variar o tipo de figuras ilustrativas.

- Etapa 7: Foi efetuada uma análise de correlação entre as categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância dos clientes. Primeiramente, foi verificada a proporção entre a frequência das categorias dos terapeutas que antecederam a categoria Concordância dos clientes. Posteriormente, foi verificada a correlação entre as categorias do terapeuta que antecederam e sucederam a categoria Concordância. Para tanto, foi utilizado o *coeficiente de correlação de postos de Spearman* (r_s). Trata-se de um teste não paramétrico que apresenta uma medida de associação entre duas variáveis que distribui os dados em escalas (Nominal; Ordinal; Intervalar – frequência; e Razão). As correlações podem ser positivas ou negativas. Correlações positivas são aquelas em que os postos de ambas as variáveis tendem a aumentar. Correlações negativas são aquelas em que, enquanto o posto de uma variável tende a aumentar, o posto da outra tende a diminuir. Os valores de r_s variam de 0 a 1. Diz-se que há associação quando o valor de r_s é diferente de zero. Quanto mais próximo de 1 for o r_s , maior será a correlação. Valores acima de $r_s = 0,6$ são indicativos de correlações significativas.

- Etapa 8: A partir da observação das figuras e dos resultados da intervenção, foram feitas discussões com base no referencial da Análise do Comportamento, analisando aspectos da interação terapêutica e da condução do programa de intervenção. Além disso, será apresentada uma discussão sobre as decisões dos terapeutas em sessão. Essa discussão se faz necessária, na medida em que as sessões seguiram um programa preestabelecido a partir de supervisões, do referencial teórico da Análise do Comportamento e de análises funcionais dos comportamentos de cada cliente.

4. Resultados e discussão

Considera-se importante apresentar uma breve discussão quanto ao processo de concordância entre juízes antes de apresentar os resultados da pesquisa. Embora tenha-se obtido um índice *Kappa* considerado satisfatório no total das categorias, este índice variou muito de uma categoria para outra (vide Apêndice B). As categorias C DES, C FAC, C INT, C REC, C REP, C SRF, CER, MEL, MET, OPO, REP e TOU apresentaram índice *Kappa* menor que 0,4. As categorias APR, C EMP, C INF, COU, INT, REC e SRF apresentaram índice *Kappa* entre 0,4 e 0,6. Já as categorias C APR, C SRE, CON, EMP, FAC, INF, REL, SRE e SOL apresentaram índice *Kappa* acima de 0,6.

Pode-se levantar algumas hipóteses sobre o resultado da concordância entre observadores. Uma delas diz respeito à falta de clareza da definição de cada categoria, principalmente das categorias dos clientes. De modo geral, as categorias dos terapeutas obtiveram maiores índices de concordância se comparadas às categorias dos clientes. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Zamignani (2007), em que as categorias do terapeuta apresentaram índice *Kappa* entre 0,73 e 0,84. Enquanto as categorias do cliente ficaram entre - 0,09 e 0,36. Tal dado aponta para a necessidade de melhorias na

definição das categorias do cliente, principalmente das categorias Cliente-T. Além disso, seria necessário mais especificações e inserir exemplos, como foi feito no SiMCCIT.

Outra hipótese refere-se às diferenças entre os observadores. Acredita-se que o observador/pesquisador teve mais facilidade para identificar as categorias, provavelmente por ter tido contato com elas mais tempo que a colaboradora 2. Além disso, em diversas situações a colaboradora 2 atribuiu alguma categoria considerando eventos moleculares da interação. Todavia, o observador/pesquisador buscou considerar a sessão como um todo para fazer as categorizações. Tal diferença justifica-se, provavelmente, pelo fato deste observador ser um dos terapeutas. A experiência do mesmo com o grupo pode ter lhe permitido levar em consideração algumas dicas contextuais, a história de interação dos participantes em sessão e assim atribuir às categorias correspondentes. Nesse sentido, é relevante questionar se colaboradores que fizeram parte diretamente do processo terapêutico deveriam ser utilizados como avaliadores ou se a avaliação deveria ser feita por colaboradores independentes. Segundo Tourinho et al. (2007), a familiaridade com o caso e com o sistema de categorização afeta diretamente o índice de concordância.

Observa-se também que a frequência das categorias pode ter afetado o índice de concordância, pois as categorias que mais ocorreram, como REL, SRE, CON, INF, SOL, INT, EMP, FAC e APR apresentaram bons índices de concordância. De acordo com Tourinho et al. (2007), é comum a variabilidade na frequência das categorias afetar o índice de concordância. Estes autores constataram que quanto menor a frequência de determinada categoria na sessão, maior será o impacto de uma discordância no índice de concordância. Uma das explicações é que quanto mais uma categoria ocorrer, mais chances o observador terá de aprimorar seu conhecimento sobre a categoria e identificá-la nas próximas ocorrências. Além disso, constatou-se que a observadora 2 apresentava uma tendência para classificar como SRE as categorias em formato de pergunta. Sendo assim, muitas categorias que eram

SRF, por exemplo, foram categorizadas erroneamente, reduzindo assim o índice de concordância.

A seguir, serão apresentados os resultados e discussão da presente pesquisa. Primeiramente, serão apresentados os dados referentes aos participantes terapeutas e logo após os dados referentes aos participantes clientes. A Figura 2 demonstra o total de categorias apresentadas pelos terapeutas em cada sessão.

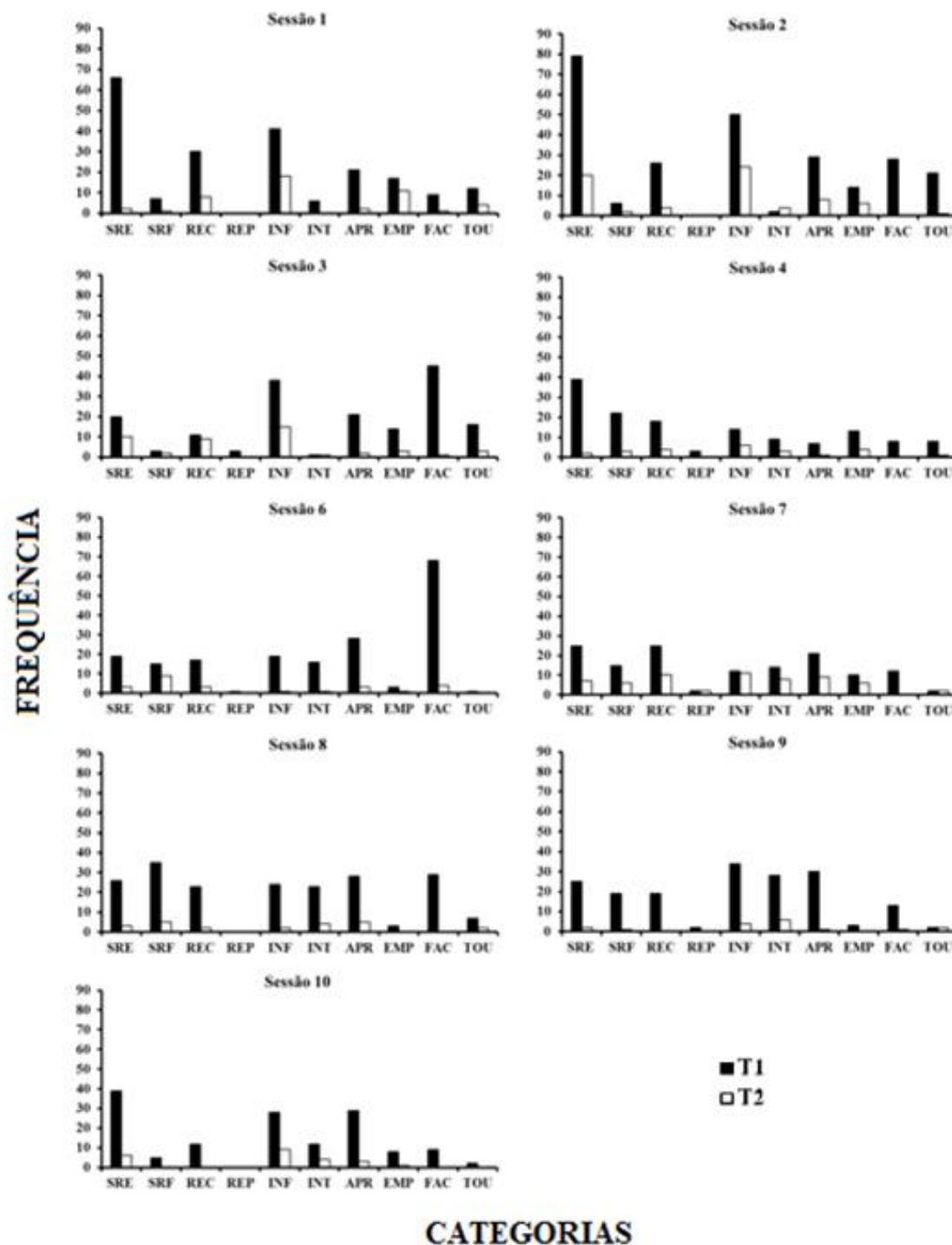


Figura 2. Frequência de ocorrência das categorias dos terapeutas nas nove sessões analisadas.

Ao observar a figura 2, percebe-se que T1 se posicionou mais em sessão (frequência de 1617) do que T2 (frequência de 335). Em uma somatória de todas as categorias dos dois terapeutas, 83% foram emitidas por T1. Nas duas primeiras sessões, as categorias que mais ocorreram foram Solicitação de relato, seguida por Informação, Recomendação e Aprovação.

Em comparação às outras categorias, a categoria Informação teve destaque na terceira sessão. A frequência da categoria Interpretação foi baixa nas três primeiras sessões e ocorreu com maior frequência a partir da quarta sessão. A categoria que apresentou pouca mudança entre as sessões e que também ocorreu em baixa frequência para ambos os terapeutas foi a categoria Reprovação. Na sessão 8, a frequência das categorias SRE, REC, INF, INT e APR foi aproximadamente semelhante à frequência das mesmas categorias na sessão 9.

A seguir, observa-se a Figura 3 com a frequência e a duração relativa das categorias apresentadas pelos terapeutas no total das sessões analisadas.

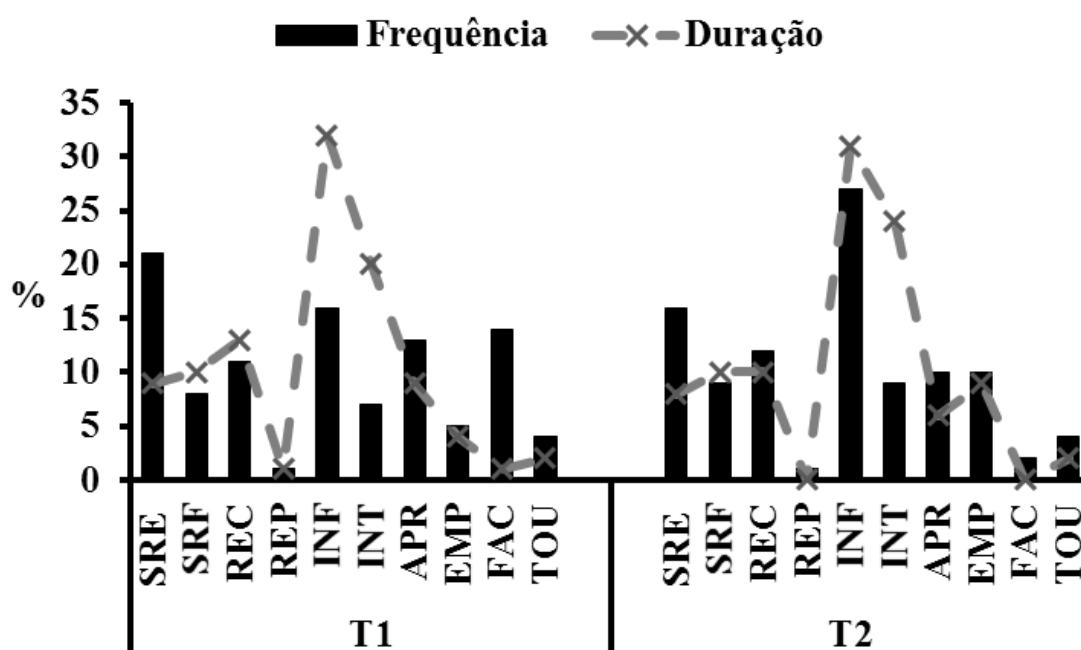


Figura 3. Frequência e duração relativa de ocorrência das categorias dos terapeutas no total das sessões analisadas.

Na Figura 3, é possível observar que as categorias mais apresentadas por T1 foram Solicitação de relato (21%), seguida por Informação (16%), Facilitação (14%) e Aprovação (13%). T2, por sua vez, engajou-se mais na categoria Informação (27%), seguida por Solicitação de relato (16%) e Recomendação (12%). As categorias Aprovação e Empatia foram apresentados por T2 na mesma proporção (10%), bem como as categorias Solicitação

de reflexão e Interpretação, ambas com 9%. Ressalta-se que Reprovação foi a categoria que os terapeutas menos se engajaram (1%).

A Figura 3 também apresenta uma medida relativa de duração. Observa-se que ambos os terapeutas apresentaram um desempenho semelhante no que se refere ao tempo que cada um dedicou a cada categoria. Os terapeutas passaram a maior parte do tempo engajados na categoria Informação (T1 32% e T2 31%). Logo em seguida, aparece a categoria Interpretação (T2 24% e T1 20%). Os terapeutas, entretanto, dedicaram pouco tempo para as categorias Reprovação, Facilitação e Outras verbalizações do terapeuta.

De acordo com esses resultados, pode-se afirmar que T1 atuou com mais frequência nas sessões, enquanto T2 atuou como suporte, condizente com a função de co-terapeuta. Nesse aspecto, a presente pesquisa demonstrou como terapeutas atuam e quais categorias de comportamentos emitem quando trabalham em sistema de co-terapia. Todavia, deve-se deixar claro que ambos os terapeutas fizeram intervenções terapêuticas.

Em comparação com a pesquisa de Silveira (2009), que também descreveu uma intervenção em grupo, pode-se dizer que alguns dados relativos às categorias foram distintos, apesar de ambas as intervenções serem consideradas de sucesso. As categorias que ocorreram com maior frequência no estudo de Silveira (2009) foram: Aprovação (37%), Recomendação (19,2%) e Solicitação de Relato (10,9%). Na presente pesquisa, as categorias que mais ocorreram foram: Solicitação de Relato (21%), Informação (16%), Facilitação (14%) e Aprovação (13%) para T1. As de maior ocorrência apresentadas por T2 foram: Informação (27%), Solicitação de relato (16%) e Recomendação (12%). Em ambas as pesquisas a categoria que menos ocorreu foi a Reprovação (1%). As categorias de maior duração na pesquisa de Silveira (2009) foram: Informação (39,4%), Recomendação (17,7%) e Interpretação (14,4%). As de menor duração foram Reprovação (1,2%) e Empatia (2,9%). Na presente pesquisa as de maior duração foram: Informação (31%) e Interpretação (20%). Já as

de menor duração foram: Reprovação, Facilitação (em torno de 1%) e Outras verbalizações do terapeuta (2%).

A categoria Solicitação de relato ocorreu em alta frequência, principalmente nas primeiras sessões. Em um levantamento efetuado por Meyer (2009), a categoria denominada de Solicitação de informação foi a mais frequente em oito das dezessete pesquisas analisadas e a segunda mais frequente em outras cinco pesquisas. No entanto, na pesquisa da autora, esta categoria contemplou tanto a categoria SRE quanto a categoria SRF. A autora também observou uma relação entre o tempo de experiência dos terapeutas e a frequência da Solicitação de informação. Foi verificado que terapeutas experientes tendem apresentar uma frequência de Solicitação de informação por volta de 20%, os com menos de cinco anos de experiência apresentaram uma frequência de 28% e os terapeutas em formação apresentaram uma frequência de 32%. Na intervenção de Costa (2016), a frequência da categoria SRE ficou por volta 21% para T1, valor próximo à porcentagem dos terapeutas experientes e de T2 27%, valor próximo ao dos terapeutas com menos de cinco anos de experiência. Tozze, Bolsoni-Silva, Garcia, e Nunes (2015) argumentaram que a alta ocorrência de SRE é comum na fase inicial do processo terapêutico, por tratar-se de uma fase caracterizada pela coleta de dados. No entanto, neste estudo a alta frequência desta categoria teve como objetivo primordial favorecer a integração entre os clientes. Na medida em que respondiam às solicitações de relato dos terapeutas e relatavam suas experiências em relação ao diagnóstico, puderam perceber que vivenciaram experiências semelhantes. De modo geral, acredita-se que este fator pode ter favorecido a identificação e a aproximação entre eles.

O alto engajamento dos terapeutas em categorias como Aprovação e Empatia, bem como a baixa frequência da categoria Reprovação, pode ter favorecido a integração e colaboração dos clientes durante todo o processo. Estes dados sugerem que os terapeutas seguiram pelas regras da terapia analítico-comportamental de oferecer uma audiência

acolhedora e não punitiva (Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer, & Starling, 2008; Skinner, 1953/2003). Outros estudos têm apresentado que terapeutas comportamentais se engajam com baixa frequência em categorias como Reprovação (Silveira, 2009; Oshiro & Meyer, 2014). De acordo com Braga e Vandenbergue (2006), uma audiência não punitiva pode ser um facilitador da intervenção. O uso da Empatia pelos terapeutas também pode ter favorecido os bons resultados encontrados neste estudo. De acordo com Falcone, Gil e Ferreira (2007), a empatia é um fator importante no que se refere à eficácia terapêutica. Segundo Kanamota (2013), a Empatia teria a função de facilitar a exposição do cliente em sessão e fazer com que ele se torne mais receptivo às intervenções do terapeuta. Na presente pesquisa, além de facilitar a exposição dos clientes, as verbalizações empáticas serviram como modelo de interação para os clientes. Em intervenções em grupo, pode ser vantajoso emitir a categoria Empatia nas sessões iniciais, pois tal comportamento do terapeuta servirá como modelo para os clientes. Além de ser empático, o terapeuta pode recomendar que os clientes se engajem em comportamentos de empatia, aumentando as chances da formação de vínculo entre os membros do grupo.

A semelhança das sessões 8 e 9 no que se refere à frequência das categorias SRE, REC, INF, INT e APR leva à hipótese de que isto ocorreu porque parte dos comportamentos destes profissionais estava sob controle do tema das sessões. As sessões 8 e 9 tiveram como objetivo auxiliar os clientes a definirem valores e objetivos de vida, tema central da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Era esperado que a partir desta discussão, os clientes passassem a agir mais de acordo com os valores de vida do que sob o controle de consequências imediatas, que podem ter efeitos prejudiciais a longo prazo. A ideia geral foi que os clientes conseguissem se engajar em comportamentos de enfrentamento. Também era esperado que agissem de acordo com seus valores em detrimento de comportamentos que

proporcionavam reforçadores imediatos, mas que poderiam ser prejudiciais (Wilson & Soriano, 2002).

Os dados apontam que a intervenção apresentada neste estudo foi marcada pela categoria Informação no que se refere à frequência e ao tempo em que ambos os terapeutas se engajaram nesta categoria. Segundo Zamignani (2007), esta categoria é tipicamente associada a intervenções psicoeducacionais. Tal dado levanta questionamentos sobre em que medida os resultados apresentados por Costa (2016) ocorreram em função das intervenções terapêuticas baseadas na ACT, em decorrência das informações dadas pelos terapeutas ou por associação das duas intervenções (ACT e Psicoeducação). Algumas pesquisas, como as de Colom et al.(2009), Da Matta (2012), Faria et. al. (2014) e Pellegrinelli (2010), apontam que intervenções baseadas majoritariamente em psicoeducação têm demonstrado efeitos positivos no que se refere ao prognóstico de pessoas com TB. No estudo de Mussi et al., (2013), constatou-se que após intervenção psicoeducacional ocorreu redução na frequência dos sintomas de mania, com um nível de significância $p < 0,05$.

Vale salientar que apenas transmitir uma informação não garante a mudança nos comportamentos dos clientes (Rodrigues et al., 2014). De acordo com Meyer (2000), mudanças nos comportamentos acontecem apenas quando ocorrem mudanças nas contingências. Diante de tais afirmativas, como explicar os resultados positivos obtidos em intervenções psicoeducativas? Talvez a resposta esteja no que Meyer (2000) chamou de mudança no controle de estímulos, ou mais especificamente, mudanças nas propriedades de estímulos antecedentes que controlam diferentes comportamentos. Isso significa que, propriedades do ambiente que já fazem parte da vida do cliente passam a ser mais salientes ou passam a ter novos significados. Pode-se dizer que, ao falar sobre os sintomas do transtorno e dos fatores envolvidos no diagnóstico e tratamento, os terapeutas acabaram ressaltando as funções que estes aspectos possuem na vida destas pessoas, fornecendo uma estimulação

suplementar às propriedades do ambiente do cliente. Por exemplo, a qualidade do sono deixa de ser apenas um acontecimento da vida do cliente e passa a ter um papel importante na manutenção da eutímia. Sendo assim, é possível que após receber a informação de que a qualidade do sono afeta diretamente o tratamento, o cliente passa a ficar mais atento a este aspecto e a manejar contingências com intuito de manter esta qualidade.

A literatura sobre regras também pode responder a questão levantada sobre os resultados das intervenções psicoeducativas. De acordo com Skinner (1969/1980), regras são estímulos especificadores de contingências. Segundo Albuquerque (2001), as regras podem funcionar como estímulos discriminativos, como estímulos alteradores da função de outros estímulos ou como operações estabelecedoras. Seriam estímulos discriminativos ao evocarem os comportamentos especificados pelas regras. Seriam estímulos alteradores da função quando alteram a função de outros estímulos discriminativos, punidores ou reforçadores. Um exemplo pode deixar esse conceito mais claro. Imagine um jovem diagnosticado com TB que apresenta alta probabilidade de ingerir bebida alcoólica quando está em um churrasco com os amigos. Quando um amigo liga para ele convidando-o para o churrasco ele se engaja em comportamentos de comprar bebida alcoólica, se organizar para o churrasco, etc. Ao participar de um grupo com psicoeducação para pessoas com TB entra em contato com a informação de que a interação do álcool com o Lítio pode ser altamente prejudicial. Na próxima vez em que receber a ligação do amigo convidando-o para o churrasco, o jovem pode emitir outros comportamentos como planejar meios para não ingerir bebida alcoólica ou até mesmo evitar o churrasco. Pode-se dizer, que nesta situação a informação fornecida no grupo alterou a função de vários estímulos ambientais como, o convite do amigo, o churrasco e a própria bebida alcoólica. Ademais, regras seriam operações estabelecedoras quando exercem a função simultânea de estímulo discriminativo e alteradora de função. Considerando tais explicações, pode-se dizer que as informações fornecidas pelos terapeutas funcionariam como

estímulos alteradores da função de outros estímulos. Sendo assim, ao descrever leis gerais sobre eventos relacionados ao TB, os terapeutas estariam criando condições para que os clientes emitissem comportamentos mais saudáveis.

O modo como a psicoeducação é efetuada pode fazer toda a diferença. No trabalho de Costa (2016), nos momentos em que o objetivo foi trabalhar psicoeducação, os terapeutas ofereceram estímulos antecedentes no formato de Solicitação de relato e de Solicitação de reflexão. Isso fez com que os clientes participassem de forma ativa do processo psicoeducativo. Por exemplo, na sessão em que o objetivo foi explicitar os sintomas da Mania e da Depressão, os terapeutas questionavam se determinado cliente já havia apresentado o sintoma e em qual ocasião. Este detalhe pode ter sido relevante, pois, ao questionar se os clientes já apresentaram algum sintoma, os terapeutas aproveitavam a oportunidade para fornecer informação sobre as características dos episódios do TB e incentivavam a interação entre eles. Diferente de uma intervenção em formato de palestra, que mesmo transmitindo informação aos clientes, pode ter maiores chances de desistência. Estudos futuros podem avaliar diferentes formas de fazer psicoeducação e o efeito dessas intervenções na frequência dos comportamentos característicos do TB e sobre a adesão às sessões. Esse tipo de pesquisa pode ter implicações práticas, uma vez que intervenções em formato de palestra demandam menos tempo de preparo e podem atingir maior número de clientes. Já intervenções compostas por dinâmicas de grupo ou no formato da intervenção apresentada por Costa (2016) demandam mais tempo de preparo e atingem um número limitado de clientes.

As intervenções com os objetivos de trabalhar aspectos da ACT também foram apresentadas em formato de psicoeducação. Há algumas razões para que isso tenha acontecido. Uma delas diz respeito ao curto período destinado à intervenção, ou seja, apenas dez sessões. Geralmente, em uma intervenção ACT de longa duração, o terapeuta cria condições para que o cliente entre em contato com pensamentos, sentimentos e lembranças

consideradas pelo cliente como desagradáveis. A partir do frequente contato do cliente em sessão com esses eventos privados é esperado que ele pare de evita-los e perceba que tais pensamentos, sentimentos e lembranças não são prejudiciais em si mesmos e muito menos podem controlar os comportamentos públicos. Essa intervenção tem sido importante porque alguns clientes costumam utilizar os eventos privados como justificativas para se engajarem em comportamentos de fuga e esquiva. Tais comportamentos eliminam imediatamente os eventos privados aversivos, mas reduzem as chances de acessar potenciais reforçadores a longo prazo. Em paralelo com essa intervenção o cliente é incentivado a agir de acordo com seus valores, independentemente dos sentimentos envolvidos. No presente estudo, devido ao número reduzido de sessões, os terapeutas não puderam realizar uma extensa exposição dos clientes a tais pensamentos, sentimentos e lembranças. Os profissionais apresentaram afirmações do tipo: “você podem sentir raiva e não agir de acordo com a raiva”; “você podem ficar tristes e mesmo assim ir a uma festa com os amigos”; “não é possível evitar completamente os pensamentos, os sentimentos e as lembranças desagradáveis”; “você podem agir de acordo com seus valores mesmo que estejam com mal pressentimento”.

Ao analisar uma intervenção em grupo para cuidadoras, Silveira (2009) também identificou alta frequência das categorias Informação e Interpretação. Considera-se que foi relevante categorizar os dados referentes à duração das categorias, uma vez que estes dados evidenciaram a prevalência das categorias Informação e Interpretação por parte de ambos os terapeutas. A diferença entre as categorias, no que se refere às medidas de frequência e duração, pode ser explicada levando em consideração aspectos topográficos das categorias. De acordo com Del Prette e Meyer (2014), é comum categorias como Facilitação e Solicitação de relato possuírem baixa duração, uma vez que a definição da primeira envolve verbalizações curtas e a segunda é composta muitas vezes por perguntas, o que dificulta verbalizações longas. Já as categorias Interpretação e Informação exigem mais detalhes por

parte dos terapeutas ao se comunicarem com os clientes e, por consequência, acabam demandando mais tempo.

No que se refere ao aumento de interpretações a partir da quarta sessão, provavelmente isso aconteceu porque as três primeiras sessões tiveram o enfoque na psicoeducação e nas sessões seguintes trabalhou-se mais aspectos relacionados à ACT. Além disso, com o passar das sessões, os terapeutas tinham mais dados para poder interpretar os comportamentos dos clientes. Ao verificar resultados obtidos em 495 sessões de terapia analítico-comportamental, Meyer (2009) constatou que é comum nas primeiras sessões a frequência de interpretações ser baixa e a aumentar no percurso da terapia.

Ao se comparar os dados do tempo relativo em que cada terapeuta se dedicou às categorias, é possível observar um padrão muito semelhante entre T1 e T2. Esta sintonia entre os terapeutas pode ser explicada por dois fatores. O primeiro se refere ao fato já apontado aqui, de que parte dos comportamentos dos terapeutas estava sob controle do que era previsto para cada sessão. Isso significa que os terapeutas trabalharam de acordo com o que foi proposto anteriormente nas discussões com a equipe de pesquisa. Outra explicação pauta-se na história de interação dos dois terapeutas que, além de terem uma formação semelhante, já tinham trabalhado juntos em atendimento individual e de grupo. Ao se trabalhar em sistema de co-terapia, é necessário que os terapeutas estejam de acordo e tenham uma boa relação para que consigam atingir bons resultados (Vinogradov & Yalom, 1992).

A seguir, apresenta-se a Figura 4 com a representação do direcionamento das verbalizações dos terapeutas no que se refere ao grupo e a cada cliente.

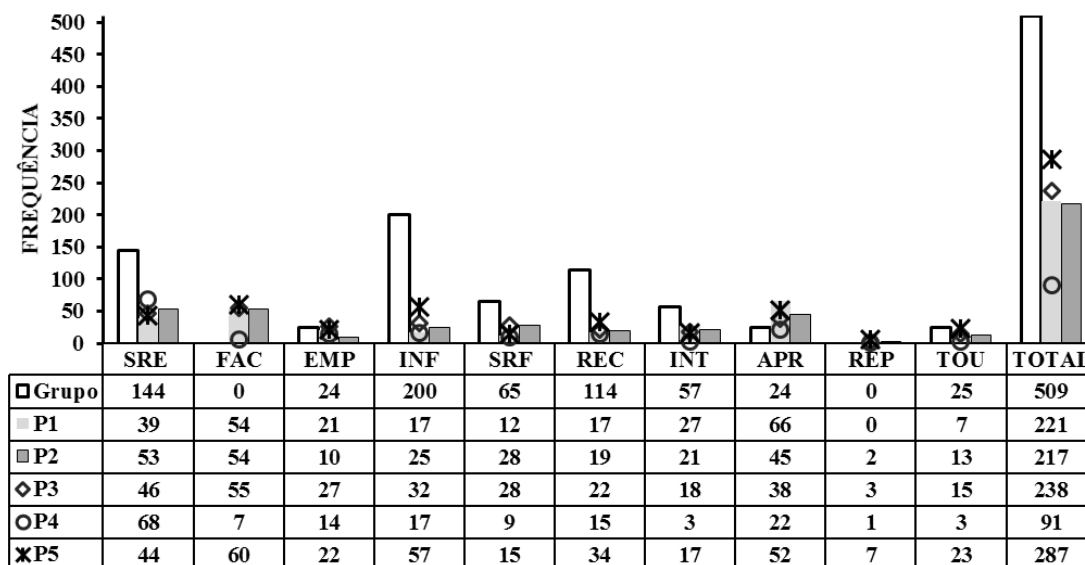


Figura 4. Frequência das categorias dos terapeutas dirigidas individualmente e ao grupo no total das sessões analisadas.

Observa-se na Figura 4 que os terapeutas se dirigiram mais ao grupo como um todo do que a cada cliente individualmente. As categorias SRE, INF, SRF, REC, INT e TOU foram direcionadas mais ao grupo. Já as categorias FAC, EMP, APR e REP foram mais direcionadas individualmente. Nota-se que a distribuição dos direcionamentos entre os clientes não foi homogênea. As intervenções destinadas à P4 foram significativamente menos frequentes do que as intervenções destinadas aos outros clientes. Entretanto, P4 compareceu apenas a quatro sessões, o que pode explicar essa baixa frequência. Faz-se ressalva para a categoria SRE que foi mais destinada a esta cliente. Destaca-se a categoria FAC que foi distribuída de forma semelhante para os quatro clientes, exceto para P4, em que a frequência desta categoria foi baixa. P1 foi a cliente que mais recebeu aprovações e a única que não recebeu reprovações. P5 foi o cliente que recebeu mais reprovações e informações.

De acordo com Vinogradov & Yalom (1992), as atividades, discussões e análises precisam se atentar aos temas que irão beneficiar o grupo como um todo. De certa forma, os terapeutas tomaram o cuidado de preparar intervenções comuns aos participantes. No entanto,

foram necessárias intervenções específicas para cada cliente, com o objetivo de garantir o engajamento dos mesmos no processo terapêutico. Na sessão 2, por exemplo, os terapeutas aumentaram as solicitações de relato direcionadas às clientes P2 e P4, pois em supervisão a equipe de pesquisa identificou baixa frequência de participação dessas participantes. Da mesma forma, a partir da terceira sessão, foi reduzida a frequência de verbalizações direcionadas à P5, pois foi identificado que o cliente apresentava um excesso de falas que prejudicava o engajamento dos outros participantes na sessão.

O modo que cada categoria é direcionada pode favorecer ou prejudicar a eficácia terapêutica (Barbera, & Waldron, 1994; Fogaça, Meyer & Bolsoni-Silva, 2014). De acordo com Fogaça, Meyer & Bolsoni-Silva (2014), as categorias como Aprovação, Interpretação e Empatia deveriam ser apresentadas mais individualmente. As categorias como Informação, Solicitação de reflexão e Recomendação devem ser direcionadas mais ao grupo. Segundo as autoras, estas categorias possuem um efeito aversivo que pode ser minimizado, caso sejam direcionadas ao grupo, ao invés de serem direcionadas individualmente. Nota-se que as intervenções dos terapeutas estavam de acordo com a sugestão das autoras, pois a categoria Informação foi direcionada mais ao grupo e as categorias Aprovação e Empatia foram direcionadas mais individualmente. No entanto, Interpretação foi direcionada mais ao grupo do que a cada cliente individualmente. Uma explicação para o ocorrido seria o fato destes clientes possuírem diagnóstico semelhante. Outra explicação é dada pela própria característica da intervenção, organizada com metáforas direcionadas ao grupo, com o objetivo de trabalhar a questão do controle dos eventos privados como geradores de sofrimento (Costa, 2016). Foram encontrados resultados semelhantes no estudo de Silveira (2009), em que as categorias Informação, Solicitação de reflexão e Recomendação também foram mais direcionadas ao grupo.

As categorias Recomendação e Solicitação de Reflexão são categorias importantes, principalmente no que se refere ao estabelecimento de novos comportamentos. Um dos benefícios da categoria Recomendação é atingir resultados mais rápidos (Meyer, 2004; Zamignani, 2007). Sendo assim, utilizá-la em intervenções de curta duração pode ser vantajoso. Porém, deve-se ressaltar que não é possível garantir que a utilização desta categoria controlará o comportamento do cliente. Isso depende de fatores relacionados ao histórico dos indivíduos de seguir regras (Meyer, 2009).

Utilizar a categoria Solicitação de reflexão seria mais vantajoso em casos que se considera relevante o desenvolvimento da autonomia do cliente. Suponha-se um terapeuta que está conduzindo um caso em que um dos problemas do cliente é o seguimento excessivo de regras. Ao emitir muitas recomendações, o terapeuta poderia ter resultados a curto prazo, pois a probabilidade deste cliente seguir tais recomendações seria alta. No entanto, estaria reforçando um comportamento problema. Nesta situação, o mais adequado seria solicitar reflexões, para que o cliente encontre alternativas sem a ajuda direta de outra pessoa. Em sua pesquisa, Kanamota (2013) observou que o aumento da frequência da categoria Recomendação dificultou o estabelecimento de relações entre eventos para três das quatro clientes atendidas.

O terapeuta também deve estar atento ao efeito que os comportamentos do cliente tem sobre seu próprio comportamento (APA, 2016; Coelho & Conte, 2003; Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Silveira, 2009). Kanamota (2013) chamou a atenção para a semelhança entre a categoria Recomendação e o operante verbal mando. Ao recomendar, o terapeuta estaria emitindo um mando, em que o reforçador para o mesmo seria o engajamento do cliente na atividade recomendada. Sendo assim, o terapeuta pode acabar usando a Recomendação em demasia, caso interaja com clientes seguidores de regras. Neste caso, seu comportamento de recomendar seria reforçado pelo comportamento do cliente de seguir a instrução. Em uma

intervenção de grupo, em que a maioria dos clientes costumam se engajar em atividades recomendadas, deixar-se afetar por estas consequências poderia ser problemático, uma vez que o comportamento de Recomendar aumentaria em frequência, negligenciando os outros membros do grupo que não costumam seguir as recomendações.

Donadone e Meyer (2014) analisaram as categorias consequentes ao comportamento do terapeuta de Orientar (Recomendar). As autoras observaram que em nove terapias, 46,2% das orientações foram seguidas por Concordância, 26,9% foram seguidas por Oposição e o restante das orientações foram seguidas por mais Orientação, Relato, Silêncio, Solicitação, Reprovação e Auto-orientação. Seguindo o exemplo das autoras, optou-se por contabilizar as categorias Concordância e Oposição que seguiram as categorias Recomendação e Solicitação de Reflexão do presente estudo.

Tabela 1. Frequência das categorias Concordância e Oposição após as verbalizações de Recomendação e Solicitação de Reflexão.

	Recomendação		Solicitação de Reflexão	
	Grupo	Individualmente	Grupo	Individualmente
CON	26	36	10	9
OPO	0	5	1	3

Observa-se que ocorreu mais Concordância após a categoria Recomendação ser direcionada individualmente. Já em relação à Solicitação de reflexão, observa-se o contrário, pois os clientes concordaram mais após os terapeutas solicitarem reflexão ao grupo. Ocorreu mais Oposição após REC e SRF serem direcionadas individualmente do que após serem direcionadas ao grupo. Esses dados sugerem que há maior probabilidade dos clientes se oporem quando as categorias Recomendação e Solicitação de reflexão são direcionadas individualmente, sustentando a hipótese levantada na literatura. Todavia, a frequência com que essas categorias ocorreram não permite abstrair conclusões mais seguras. Novas pesquisas que tenham por objetivo manipular tais variáveis, observando seus efeitos sobre o

grupo e sobre cada participante, podem oferecer mais elementos que darão suporte a essas afirmativas ou refutá-las. O terapeuta também pode fazer testes conforme conduz sua intervenção, manipulando o direcionamento ao grupo ou individualmente e observar os efeitos desta manipulação sobre os comportamentos dos clientes. Tal manejo pode favorecer a identificação de clientes que colaboram mais quando as intervenções são direcionadas ao grupo ou quando são direcionadas a cada cliente individualmente. A partir dessa manipulação, o clínico pode elaborar com mais segurança sua intervenção.

Mesmo que em alguns momentos os terapeutas se direcionaram individualmente a um participante, isso não impediu que os outros clientes tenham se beneficiado dessas intervenções específicas. Melo, Aureliano e Zamignani (2014) sugerem que em intervenções com mais de um cliente, a intervenção direcionada a um indivíduo pode afetar outros participantes, principalmente se ambos tiverem vivenciado experiências semelhantes. Também é relevante ressaltar que os terapeutas precisam tomar alguns cuidados ao utilizarem intervenções diretivas, como Recomendação, Interpretação e Solicitação de reflexão, devido às propriedades aversivas destas categorias. De acordo com Silveira (2009), o mais adequado seria alterná-las com as categorias Empatia e Aprovação. Dessa forma, o terapeuta pode obter uma redução da aversividade e maior aceitação dos clientes. Na presente pesquisa não foi possível observar se os terapeutas seguiram esta orientação.

Como foi apontado anteriormente, parte dos comportamentos dos terapeutas estavam sob controle de variáveis externas à sessão, como um programa de intervenção a ser seguido e as instruções formuladas a partir da supervisão do grupo de pesquisa. Isso indica que a análise apenas das categorias que ocorrem em sessão não é suficiente para avaliar aspectos da intervenção. De acordo com Zamignani, Banaco e Meyer (2014), o comportamento verbal ocorre sob controle de diversas variáveis, inclusive variáveis extrassessão. Sendo assim, o

pesquisador com objetivo de analisar a interação terapêutica precisa levar esses aspectos em consideração.

A seguir, serão apresentadas figuras e tabelas que representam a frequência das categorias emitidas por cada cliente nas sessões analisadas. A Tabela 2 apresenta os dados obtidos a partir da observação do desempenho de P1.

Tabela 2. Frequência e duração das categorias da cliente P1 durante as sessões analisadas.

	Frequência										Número de palavras									
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total
SOL			4	0	1	1	0	6	10	22			14	0	6	4	0	35	57	116
CON			11	10	27	20	54	1	12	135			17	29	135	27	102	1	17	328
REL			31	14	23	19	33	8	22	150			599	770	1263	912	1310	403	897	6154
CER			7	3	12	1	15	6	3	47			130	104	730	5	548	189	47	1753
MEL			0	1	3	1	2	4	0	11			0	124	94	109	93	200	145	765
OPO			0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0
MET			0	0	1	0	0	2	0	3			0	0	18	0	0	60	0	78
COU			1	5	0	1	6	1	1	15			1	13	0	17	75	5	21	132
C APR			1	0	2	1	1	1	0	6			1	0	2	1	2	7	0	13
C REP			0	0	0	0	0	1	0	1			0	0	0	0	0	6	0	6
C DES			0	0	0	0	0	1	0	1			0	0	0	0	0	4	0	4
C INT			0	1	1	1	0	10	0	13			0	3	43	87	0	297	0	430
C REC			0	0	1	2	0	1	2	6			0	0	14	8	0	21	8	51
C EMP			2	1	3	1	0	0	0	7			15	1	11	13	0	0	0	40
C SRE			1	0	0	0	0	0	0	1			4	0	0	0	0	0	0	4
C SRF			0	0	0	0	0	1	0	1			0	0	0	0	0	14	0	14
C FAC			1	0	3	0	1	0	0	5			2	0	4	0	1	0	0	7
C INF			0	0	0	0	0	4	0	4			0	0	0	0	0	34	0	34
TOTAL			59	35	77	48	112	47	50	428			783	1044	2320	1183	2131	1276	1192	9929

Na Tabela 2, observa-se dados a partir da terceira sessão, pois esta participante faltou nas duas primeiras. A categoria que mais ocorreu em todas as sessões foi Relato, seguida por Concordância. As sessões em que P1 mais se dedicou à categoria Cliente estabelece relações foram as 6 e 8. Ao somar a frequência de todas as categorias por sessão, verificou-se que a cliente se posicionou com mais frequência na sessão 8, um total de 112 vezes. Nota-se também que na sessão 9 a categoria Cliente interpreta ficou em evidência se comparada às outras categorias. No que se refere à medida indireta de duração, percebe-se que a categoria Relato demandou mais tempo, seguido por Cliente estabelece relações e Melhora. A categoria Cliente interpreta aparece em quarto lugar. Enquanto nos dados de frequência, a categoria Concordância aparece como segunda mais frequente, nos dados referentes à duração ela aparece em quinto lugar. A seguir, apresenta-se a Figura 5 para ilustrar o engajamento da

cliente durante as sessões no que se refere ao total de suas verbalizações. No lado esquerdo da figura (eixo primário), encontra-se a escala referente à soma da duração. No lado direito da figura (eixo secundário), encontra-se a escala referente à soma da frequência.

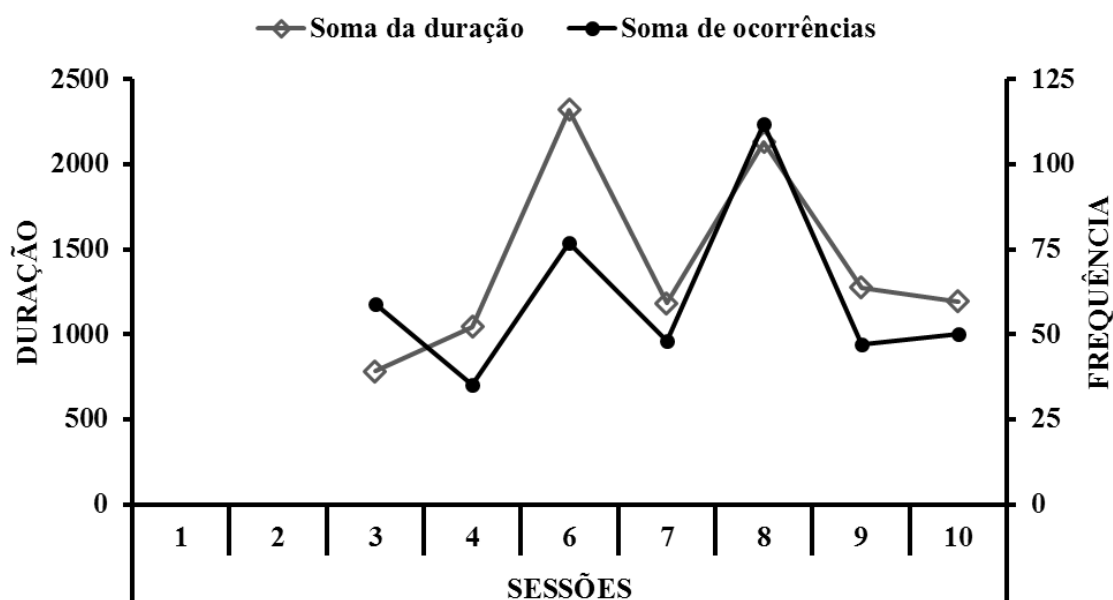


Figura 5. Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P1 no que se refere a frequência e medida indireta de duração.

Observa-se na Figura 5 que o desempenho da cliente oscilou durante as sessões, ou seja, em algumas sessões ela apresentou alta frequência e duração de verbalizações e em outras apresentou baixa frequência e duração. Nota-se alta frequência de verbalização tanto na sessão 6 quanto na sessão 8. Na sessão 6, o aumento da duração, ou seja, o tempo que a cliente permaneceu falando, foi mais significativo que o aumento da frequência das categorias. Já na sessão 8, observa-se que ocorreu um aumento na duração e nas ocorrências das categorias verbais.

Verifica-se alta frequência da categoria Concordância. Segundo Zamignani e Meyer (2014), a categoria Concordância pode envolver comentários de avaliações favoráveis sobre alguma análise, sugestões ou informações dadas pelo terapeuta, relatos de esperança em relação ao processo terapêutico ou de satisfação com os resultados alcançados, relato de

seguimento das recomendações do terapeuta, comentários breves que sugerem estar atento ao que o terapeuta fala e indicações de entendimento do que foi dito. Ao revisar as expressões de Concordância de P1, pode-se dizer que esta categoria foi apresentada em sua maioria com o sentido de expressar atenção à fala dos terapeutas, uma vez que a cliente verbalizava expressões curtas do tipo “aham”, “sei”, “certo”. Este fato também foi observado por Zamignani e Meyer (2014), em que algumas verbalizações de concordância dos clientes pareceram exercer a mesma função que a categoria Facilitação do terapeuta, ou seja, tinham o objetivo de demonstrar atenção enquanto os terapeutas falavam. Os dados referentes à medida indireta de duração forneceram suporte para esta hipótese. Foi identificada alta frequência desta categoria, mas, no que se refere à duração, essa categoria ficou pouco evidente.

Outra informação que pode justificar o aumento de verbalizações da cliente na sessão 8, diz respeito ao fato de que nesta sessão apenas duas participantes compareceram. O número reduzido de pessoas em sessão pode ter favorecido o aumento de verbalizações da cliente. Na sessão 9, o aumento da categoria Cliente interpreta pode ter ocorrido porque as sessões 8 e 9 tiveram atividades semelhantes. Ter participado da sessão 8 pode ter fornecido suporte para que ela interpretasse os comportamentos dos participantes que compareceram na sessão 9. Além disso, na sessão 9, T1 e T2 incentivaram P1 e P2 a se engajarem em comportamentos de interpretação. Silveira (2009) sugere que em intervenções em grupo, o terapeuta incentive os clientes a participarem de forma ativa na sessão. Além disso, a autora entende que facilitar a emissão dessas categorias como C-Interpreta pode favorecer a adesão de outros membros, além de desenvolver repertório de análise.

Entre todos os clientes, P1 foi a que mais apresentou relato de Melhora. Importante destacar que tais relatos foram detalhados e de longa duração. Além de concordar com as recomendações dos terapeutas, a cliente também verbalizava com detalhes eventos extrassessão que evidenciavam o seguimento de recomendações e a obtenção de resultados

favoráveis. Geralmente, quando a cliente relatava Melhora, os terapeutas consequenciavam com Aprovação. Ela recebeu amigavelmente as intervenções de aproximação e apoio emitidas pelos terapeutas, diferentemente do que costumava fazer na interação com os familiares. Quando algum familiar tentava ajudá-la, P1 era agressiva, o que acabava afastando essas pessoas e reduzindo a probabilidade de lhe oferecerem ajuda. Os terapeutas aproveitaram esses momentos de receptividade da cliente para fazer paralelo entre o que estava ocorrendo em sessão com as consequências que poderiam ocorrer no seu dia a dia ao aceitar a ajuda de outras pessoas.

A presença dos outros clientes também foi importante para que a cliente pudesse atingir bons resultados. Ao comentar em sessão que não estava fazendo uso da medicação, outros clientes discutiram questões relacionadas aos medicamentos que usavam e a encorajaram para que retomasse o uso. Outro fator que provavelmente pode ter ajudado em sua melhora foi o incentivo dos terapeutas para que se cuidasse mais, já que uma das queixas apresentadas por ela era o excesso de solicitação de ajuda por parte da família e, em função disso, acabava negligenciando sua própria saúde. A seguir, pode-se observar um trecho de sessão que exemplificaria tal condição.

P1: Até o que a P3, é P3, né? É P3? Eu esqueço. Que ela tava falando na semana passada da irmã dela, eu, assim sinto que o meu irmão tem o mesmo problema sabe, ele tem muita crise, eu já levei ele no médico e ele não se trata, e quando dá essas crises nele, ninguém segura ele, nem minha mãe segura ele. Semana passada, que aconteceu, ele quebrou a casa inteira, falou que ia matar meu pai, matar minha mãe sabe. E ele sai falando normal, e parece que vem acontecendo constantemente cada semana é um. Aí ontem foi meu tio. Daí hoje, minha vó mora só ela e meu tio né, aí meu tio deixou ela, ela tem problema de diabetes, aí o diabetes subiu e a gente fica sem saber o que fazer porque é só ela né, e os filho é tudo louco,

tudo transtornado. E a gente já que tem esse problema, conviver muito com conflito a gente acaba ficando pior né.

T1 para P1: E não é fácil mesmo né, principalmente porque é muito difícil pra gente não conseguir ajudar o outro.

P1 para T1: É.

T1 para P1: Não conseguir ajudar alguém que a gente ama porque a pessoa não tá dando conta, a gente também não pode fazer nada, é muito difícil. Eu acho que todos vocês convivem com alguém assim também, tem alguém muito difícil, não aceita ajuda, que, é, que assim que apresenta muitos comportamentos muito graves, a gente não pode fazer nada se a pessoa não se permitir ser ajudada também. E assim, [...] estar aqui é mudar algo pra você, então é um passo muito importante, né. Especialmente você que teve tantas dificuldades pra começar a vir, como aconteceram tantas coisas, olha como você poderia ter desistido de você, você não desistiu. Você veio. Estar aqui conosco hoje mesmo sendo um momento difícil. Então assim, você também tem dado esse passo, você tem se ajudado, e não dá pra gente ajudar todo mundo, né.

T2 para P1: Às vezes até pra ajudar o outro, a gente também precisa tá em condições para. Então assim, cuidar da gente, né, que pra quando acontecer alguma situação que for necessário a gente também conseguir dar conta. Realmente isso que a T1 falou né de às vezes a gente não poder ajudar quem a gente ama, né, complicado. [...] e a gente está disposto a te ajudar, te dar um apoio, na medida do possível, te ouvir.

P1: É que às vezes assim eu acabo tentando ser forte, sabe? Porque minha família, tudo, eles, parece que eu que sou a mãe lá, da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos. Até a última vez que eu fui no psiquiatra ca minha irmã ela falou que ela não queria mais eu lá, que tinha que ser minha mãe. Então assim, é muita pressão sabe? Aí às vezes, a gente acaba não tendo

muito tempo pra pensar na gente. A gente acaba querendo mostrar que a gente é forte, mas no fundo.

T1 para P1: E a gente tem um jeito de esconder nossas fraquezas, né? Pelo que a gente conversou realmente é isso que acontece o tempo todo né, P1? Então, no contexto, ele exige que você seja uma fortaleza, né?

P1 para T1: Uhum.

T1 para P1: Então assim, esse é o momento pra que você se permita também. Assim como você aprendeu a refletir a partir do que o P5 te disse, é um espaço pra você aprender a olhar pra você também, poder interpretar o que você tá sentindo, e assim, hoje, você não deu nem um passo, na verdade você deu um salto né compartilhando isso com todos. Então você tá permitindo isso.

Esses dados demonstram como essa cliente foi beneficiada pela intervenção e contato com o grupo. O relato dos terapeutas, sugerindo que ali seria um local de apoio em que a cliente poderia ser ajudada, pode ter favorecido o engajamento nas atividades e também a realizar mais Solicitações.

Pode-se dizer que P1 foi beneficiada com as intervenções características da ACT. Na sessão 4, trabalhou-se que a esquiva experiencial não seria o melhor caminho para solucionar os problemas e na sessão 8 foram abordados aspectos relacionados a valores e objetivos de vida. Considerou-se relevante trabalhar tais assuntos, pois tratavam-se de dificuldades vivenciadas pela cliente. A literatura tem apontado que é comum pessoas com TB apresentarem um amplo padrão de esquiva experiencial (Chagas, 2013; Machado, 2015). Sendo assim, deve-se demonstrar que evitar os eventos encobertos pode ser prejudicial e que o mais adequado seria vivenciá-los. Tal conteúdo pode favorecer a flexibilização psicológica e aumentar a chance de um bom prognóstico. Trabalhar objetivos de vida também foi considerado relevante para P1, pois constatou-se que essa participante tinha dificuldade para

concluir atividades. Ela compreendeu que poderia usar seus valores como guia para ação e tentar agir de acordo com os mesmos, independentemente do seu estado de humor. Nesse sentido, passou a buscar o que era considerado importante para si, o que provavelmente aumentou a chance de entrar em contato com contingências reforçadoras.

A Tabela 3 apresenta dados referentes às categorias de P2 que foram observadas durante as nove sessões analisadas.

Tabela 3. Frequência e duração das categorias da cliente P2 durante as sessões analisadas.

	Frequência										Número de palavras									
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total
SOL	3	6	2	0	0	0	7	2	2	22	13	25	14	0	0	0	23	8	37	120
CON	2	10	3	0	2	9	14	1	0	41	1	124	21	0	2	111	18	1	0	278
REL	6	20	29	10	13	24	30	9	5	146	126	758	564	353	698	858	1001	375	57	4790
CER	0	2	4	2	1	4	23	1	0	37	0	86	119	83	156	220	776	17	0	1457
MEL	0	0	1	0	2	1	1	1	0	6	0	0	12	0	116	7	28	36	0	199
OPO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MET	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	0	0	0	21
COU	1	7	1	1	0	0	4	1	1	16	15	34	1	7	0	0	14	1	15	87
C APR	0	2	1	0	0	1	1	0	0	5	0	4	4	0	0	8	1	0	0	17
C REP	0	0	0	0	2	0	0	2	0	4	0	0	0	0	20	0	0	118	0	138
C DES	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	120	10	0	0	130
C INT	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	30	0	0	15	0	45
C REC	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	6	0	0	4	0	0	0	0	10
C EMP	0	1	2	4	1	0	0	1	0	9	0	3	17	16	4	0	0	14	0	54
C SRE	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	6	0	0	0	8
C SRF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C FAC	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0	0	4
C INF	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3	0	3	0	0	0	0	0	5	6	14
TOTAL	12	51	43	17	24	43	82	21	9	302	155	1045	752	459	1031	1351	1874	590	115	7372

A cliente P2 compareceu a todas as sessões e em todas se engajou mais na categoria Relato, com alta frequência desta categoria nas sessões 3 e 8. Nota-se que na sessão 8 a frequência da categoria Cliente estabelece relações foi expressiva se comparada às outras sessões. No que se refere à duração, observa-se que as categorias Relato e Cliente estabelece relações também foram as que demandaram mais tempo em sessão – 4700 e 1457 palavras respectivamente – seguidas por Concordância com 278 palavras. A Figura 6 demonstra o engajamento da cliente em sessão no que se refere ao total de verbalizações.

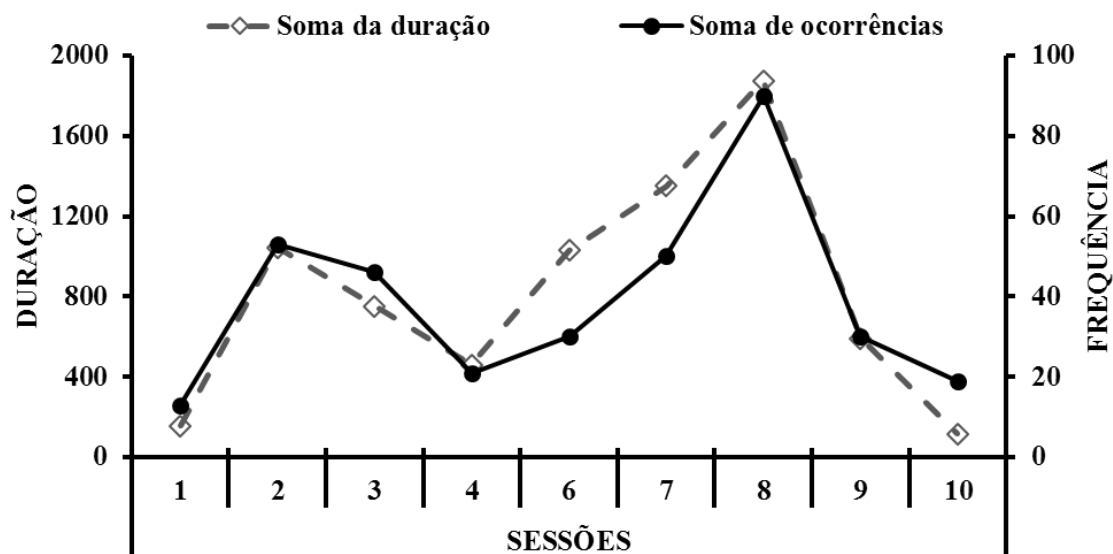


Figura 6. Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P2 no que se refere a frequência e medida indireta de duração.

Observa-se que a frequência e a duração das verbalizações da cliente foram baixas tanto na primeira como na última sessão. Na segunda sessão, ocorreu um aumento na frequência e duração das verbalizações, seguido por decréscimos nas sessões 3 e 4. Na sessão 6, a cliente passou a falar mais, apresentando uma frequência e duração maior na sessão 8.

Esta cliente foi a que apresentou mais mudanças, que puderam ser facilmente observadas em sessão, principalmente no que se referem aos comportamentos não verbais. Nas primeiras sessões, frequentemente apresentava expressões faciais de tristeza ou seriedade. Além disso, se sentava e permanecia com uma postura que denotava sofrimento, cansaço e indisposição. No decorrer das sessões, a quantidade de sorrisos foi aumentando, a postura foi ficando mais ereta e demonstrava maior disposição. Este fato mostra a importância da categorização dos comportamentos não verbais, principalmente em intervenções com clientes depressivos. A seguir, será apresentado um trecho da sessão onde ocorreu uma discussão sobre tal padrão comportamental.

T1 para P2: É isso que você disse nessa carta também, olha, agora, eu identifiquei o que tá acontecendo e vou começar a fazer. Porque muitas vezes aqui, a gente tem a impressão que

... você, a gente fica na dúvida na verdade, até onde você tá disposta a mudar, até onde você tá disposta a sair da zona conforto, porque todos nós temos uma zona de conforto. Às vezes a nossa zona de conforto é ficar na tristeza, né, falar olha não vou fazer nada hoje, não quero [...] Então é algo pra você observar, se você quer sair dessa zona de conforto. Então nosso convite é que mesmo saindo, mesmo sendo difícil, esse desafio vale a pena. Aqui com a gente você já saiu. Ao compartilhar isso, ao estar aqui com a gente sempre, ao abrir o seu sorriso né quando você nos vê. Então assim, isso é sair da zona de conforto. E com a gente, pra gente, tem um impacto muito grande, P2, de verdade. Né, se sentir próxima, se sentir querida, se sentir especial pra aquela pessoa né. Imagina lá fora, a gente tá experimentando uma P2 aqui que realmente cativa, né, aproxima. Tantas pessoas podem experimentar. Mas pra que isso aconteça lá fora você precisa experimentar essa P2 lá fora, antes das pessoas até. Experimentar que você pode sentir muitas coisas, além dessa tristeza, além desse isolamento que às vezes a gente fica, você pode. Você acha que dá ...?

P2 para T1: Hoje eu falo que dá. Amanhã.

T1 para P2: Então tá, então vamos contar com hoje. Amanhã é uma outra decisão, né, realmente. Tem até uma frase que diz a gente ... o passado e o futuro mas tudo que a gente tem é o presente.

P2 para o grupo: Tem hora que eu não sei realmente se eu vou conseguir sair.

T1 para P2: Consegue?

P2 para T1: Não sei.

T1 para P2: É difícil, né. Mas eu tenho certeza que você vai. Porque você mostra que aqui você é capaz e aí a gente vê você saindo, né. Aqui, P2, já faz bastante tempo já que eu não te vejo cabisbaixa. Então assim, você se mostra pra gente. É que a gente não traz os vídeos pra vocês né, mas quando a gente assiste os vídeos, assim, é de fora pra dentro a mudança, a

gente vê que nas primeiras sessões, até o jeito de sentar mudou. Né, de cada um de vocês assim. O seu é bem evidente, até o jeitinho de sentar na cadeira mudou.

P2 para T1: Vou querer ver esses vídeos.

T1 para P2: A gente vai mostrar um dia dar algum replay aqui.

P2: Tem que fazer, fazer uma seleção das melhores cenas.

T1 para P2: Pra você ver que aqui você tá saindo do casulo. Lembra que seu filho falou né da carinha assim? Então, às vezes né isso acontece, a gente fica olhando e pensa gente será que tá acontecendo alguma coisa que a P2 não tá gostando? Será que eu posso tocar a ferida ou é melhor ficar na minha hoje? Porque essa carinha às vezes ela afasta mesmo, o seu filho deu um bom feedback, né, mas assim aqui você também nos mostra o outro lado. E que você pode ser nos outros lugares como a P2 é aqui. Então se hoje a resposta ao convite é sim, amanhã a gente vê o que faz, mas hoje é sim, né P2? Você quer falar alguma coisa, P2, você também não precisa concordar com tudo.

P2: Não, senão eu vou chorar mais, que eu me emociono, é que eu sou especial assim, eu choro.

T1 para P2: E é pra acreditar. Essa é a parte mais importante, tem que acreditar que é verdade.

P2 para T1: Eu fico imaginando essa cena da transformação, você falando será que tá acontecendo alguma coisa com a P2 olha a cara dela.

Neste trecho, foi possível observar como a terapeuta descreveu a mudança da cliente durante as sessões e também como era esperado que ela agisse em outros locais. Essa intervenção teve o objetivo de favorecer a generalização das mudanças observadas para o contexto extrassessão. De acordo com Dougher e Hackbert (2003), em muitos contextos, os comportamentos relacionados a expressões faciais de tristeza e a postura corporal curvada são conseqüenciados com redução das estimulações aversivas produzidas por outras pessoas. De

acordo com estes autores, esses comportamentos podem surgir em ambientes altamente punitivos e podem se manter até mesmo por reforçamento positivo, já que é comum as pessoas oferecerem apoio quando observam esse tipo de comportamento. A partir da formulação de caso desta cliente, é possível dizer que, os comportamentos característicos da depressão, apresentados por ela, eram mantidos mais por reforçamento negativo do que por reforçamento positivo. P2 relatou que, quando se sentia mal, interagia menos com os familiares, se afastava, dizia que não gostava de ser questionada por que estava triste e por isso as pessoas evitavam fazer este tipo de pergunta.

A baixa frequência de verbalizações da cliente na primeira sessão foi um assunto discutido em supervisão pelo grupo de pesquisa. A partir disso, considerou-se a necessidade dos terapeutas oferecerem estímulos antecedentes com maior frequência, para que P2 se engajasse mais em sessão. As Solicitações de relato direcionadas a esta cliente aumentaram de 3 na primeira sessão para 15 na segunda sessão. Isso significa que os questionamentos feitos ao grupo como um todo não foram suficientes para que esta cliente participasse ativamente, necessitando aumentar o número de perguntas direcionadas a ela. Portanto, pode-se dizer que ao trabalhar com grupos, é necessário que o terapeuta observe se o seu modo de intervir favorece o engajamento de todos os integrantes. Caso identifique baixa frequência de verbalizações de algum cliente, pode aumentar a frequência de intervenções específicas para este indivíduo, até que a participação deste seja considerada suficiente, de acordo com a formulação do caso e da análise funcional.

Observa-se que P2 interagiu com mais frequência na sessão 8. A partir desse dado, levanta-se a hipótese de que quanto menos participantes compõem um grupo terapêutico, maior a possibilidade de engajamento em categorias do tipo Cliente estabelece relações, uma vez que exige um tempo maior para que eles reflitam e verbalizem sobre as relações que estabeleceram entre os eventos. Esta prática pode se tornar mais difícil no manejo de grupos

com número maior de pessoas, devido às demandas dos clientes, a disponibilidade de tempo, a necessidade de discuti-las e de enfatizar questões que tenham em comum.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes a cliente P3.

Tabela 4. Frequência e duração das categorias da cliente P3 durante as sessões analisadas.

	Frequência									Total	Número de palavras									Total
	1	2	3	4	6	7	8	9	10		1	2	3	4	6	7	8	9	10	
SOL	6		12	3	0			15	1	37	24	55	13	0			196	5	293	
CON	8		26	2	12			14	1	63	20	56	3	20			69	8	176	
REL	16		55	13	47			40	15	186	171	2697	229	1901			1163	583	6744	
CER	3		5	1	8			10	0	27	74	211	24	411			327	0	1047	
MEL	0		0	0	0			1	0	1	0	0	0	0			142	0	142	
OPO	0		0	1	2			9	1	13	0	0	23	25			344	13	405	
MET	0		0	0	0			0	1	1	0	0	0	0			0	31	31	
COU	1		18	2	3			3	0	27	7	176	22	34			21	0	260	
C APR	0		2	0	5			8	1	16	0	14	0	41			26	1	82	
C REP	0		6	2	5			6	0	19	0	29	68	90			212	0	399	
C DES	0		0	0	1			0	0	1	0	0	0	2			0	0	2	
C INT	0		0	0	2			3	0	5	0	0	0	83			30	0	113	
C REC	1		2	3	4			1	0	11	5	13	17	232			108	0	375	
C EMP	0		3	5	0			2	0	10	0	11	48	0			23	0	82	
C SRE	0		8	1	2			1	0	12	0	39	3	8			4	0	54	
C SRF	0		1	0	0			1	0	2	0	15	0	0			5	0	20	
C FAC	0		0	0	2			0	0	2	0	0	0	2			0	0	2	
C INF	1		2	0	0			3	1	7	4	13	0	0			42	12	71	
TOTAL	36		140	33	93			117	21	440	305	3329	450	2849			2712	653	10298	

Observa-se na Tabela 4 que, das nove sessões analisadas, P3 compareceu apenas a seis. A categoria “Relato” foi a que ocorreu mais vezes, principalmente nas sessões 3, 6 e 9. Na sessão 3, além da categoria Relato, as categorias Concordância, Outras verbalizações do cliente e Solicitação também ficaram evidentes. Mesmo em baixa frequência, percebe-se que esta cliente se engajou em diversas categorias “Cliente t”, principalmente nas sessões 3, 6 e 9. Além disso, apresentou a categoria Oposição e Cliente reprova em quatro das seis sessões que compareceu. Constata-se que na última sessão houve redução na frequência e duração de suas verbalizações. Observa-se ainda que a categoria Cliente estabelece relações não ocorreu na sessão 10. No que se refere à duração, a cliente dedicou mais tempo às categorias Relato, com 6744 palavras, seguida por Cliente estabelece relações, com 1047 palavras. Destaca-se também as categorias Oposição, Cliente reprova, Cliente recomenda, Solicitação e Outras verbalizações do cliente com 405, 399, 375, 293 e 260 palavras, respectivamente. A seguir apresenta-se a Figura 7 com o desempenho total da cliente durante as sessões.

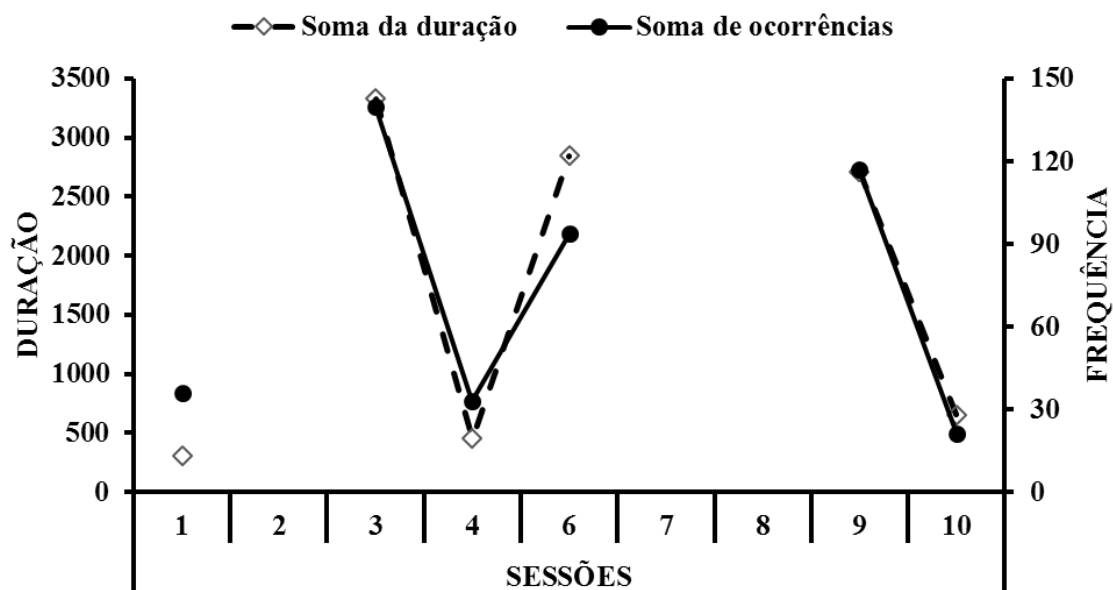


Figura 7. Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P3 no que se refere a frequência e medida indireta de duração.

De modo geral, a cliente interagiu igualmente com todos os participantes durante as sessões. Para compreender a redução das verbalizações que ocorreu na sessão 10, é necessário descrever fatos relativos às duas últimas sessões. Na nona sessão, onde clientes foram levados a refletir sobre seus valores e objetivos, P3 apresentou verbalizações relacionadas a valores e objetivos que o grupo, de modo geral, invalidou. Além disso, todos os clientes e um dos terapeutas reprovaram comportamentos dela relacionados ao baixo engajamento nas tarefas. Em decorrência disso, a cliente apresentou maior frequência das categorias Oposição e Cliente reprova. Além disso, o próprio tema da sessão (valores e objetivos de vida) pode ter colaborado para que a cliente apresentasse esses comportamentos. Em contato posterior com a cliente individualmente, constatou-se o quanto era difícil para ela discutir sobre valores e objetivos. Entrar em contato com esse assunto era considerado bastante aversivo, pois se encontrava em uma situação em que não sabia qual rumo daria para a vida, qual profissão seguir, se permaneceria na cidade ou se mudaria e se manteria o noivado ou se separava. Enfim, apresentava questionamentos importantes e necessidade de tomar decisões quanto ao

futuro. Nesse sentido, verbalizou sentir muita angústia e geralmente procurava mudar de assunto. É possível que ao entrar em contato com este tema na sessão, passou a apresentar um padrão relacionado à agressão, emitindo Oposição e Cliente reprova como forma de se esquivar de assuntos considerados difíceis. A partir desta análise, sugere-se a terapeutas com o objetivo de trabalhar no grupo com temas relacionados a valores e objetivos que dediquem mais tempo (mais de uma sessão) ao assunto. Na presente intervenção, foram designadas duas sessões para o tema, mas P3 faltou na oitava sessão, e, com isso, teve menos oportunidade para refletir sobre a questão.

Também foi constatado que houve aumento do tempo em que a cliente se engajou na categoria Cliente recomenda nas sessões 6 e 9. No entanto, ao retomar as transcrições da sessão, pode-se perceber uma diferença na forma que a cliente apresentou tais recomendações. Na sessão 6, suas recomendações apareceram em formato de conselhos e repletas de autoclíticos que podem ter minimizado a aversividade da categoria. A seguir, apresenta-se um exemplo de uma recomendação ocorrida posteriormente ao relato de outra participante que costumava evitar ir a alguns lugares quando se sentia mal: *(Sessão 6) P3 para P2: e daí amiga, quando é assim, a gente odeia mesmo, não tem vontade, não quer ir. Mas é uma coisa que eu digo, vai, vai ruim mesmo, vai sem vontade, mas vai. Vai que vai. Na hora que chegar lá, com o passar do tempo, você vai se habituando. É um hábito que vai se tornar.*

Já na nona sessão, suas recomendações apareceram mais em formato de ordem e com poucos autoclíticos, provavelmente aumentando a aversividade da interação. Tal condição pode ser observada na transcrição a seguir, onde a recomendação da cliente é antecedida por uma crítica ao grupo: *(Sessão 9) P3 para grupo: a gente não tem que falar muitas vezes o que a gente pensa. É, é aquela coisa. Liberdade de expressão? Tudo bem, você tem. Mas é uma teoria só pra vocês pensarem. Mas o discurso ao ódio já não é. Entende? Você querer*

opinar, assim, mas tem que saber falar, saber falar com essa pessoa. Segundo Skinner (1978), o autoclítico é um operante verbal que altera o controle que outros operantes verbais exerceram sobre o comportamento do ouvinte. Na sessão 6, a cliente apresentou recomendações de um modo amistoso e na nona sessão suas recomendações foram antecedidas por críticas ou empregadas de forma muito diretiva.

De acordo com Kanamota (2013), a Recomendação pode ocorrer em forma de orientação, ordem, aconselhamento e comando. Ao revisar a literatura, constatou que em algumas pesquisas, a Recomendação foi identificada como um fator prejudicial para a interação terapêutica e, em outras, foi apontada como fator importante para a melhora dos clientes. No entanto, tal discussão teve o enfoque sobre os comportamentos do terapeuta e não sobre os comportamentos do cliente. A partir destas constatações, é possível afirmar que a aversividade da categoria Recomendação não pode ser considerada em si mesma. É necessário realizar uma análise funcional, considerar em que circunstâncias é empregada, quais categorias a antecedem e como a audiência reage diante das recomendações. O exemplo exposto anteriormente deixa isso claro. Na sexta sessão, P3 apresentou a recomendação de modo amigável e na nona sessão, suas recomendações ocorreram entre críticas aos clientes ou em meio a comportamentos de Oposição.

Na décima sessão, P3 interagiu com menor frequência com os participantes. Pode-se supor que o silêncio durante a sessão tenha ocorrido como forma de oposição ao que aconteceu na sessão anterior em relação ao modo que o grupo respondeu aos seus comportamentos de oposição. A literatura tem apontado que o silêncio pode ter esta função (Paulo & Rondina, 2010). A redução na frequência das categorias na décima sessão também pode ser observada em relação aos outros clientes que interagiram com menor frequência entre si e se dirigiram mais aos terapeutas. O que aconteceu na sessão 9 afetou significativamente a dinâmica de interação no grupo. No intervalo entre as duas sessões,

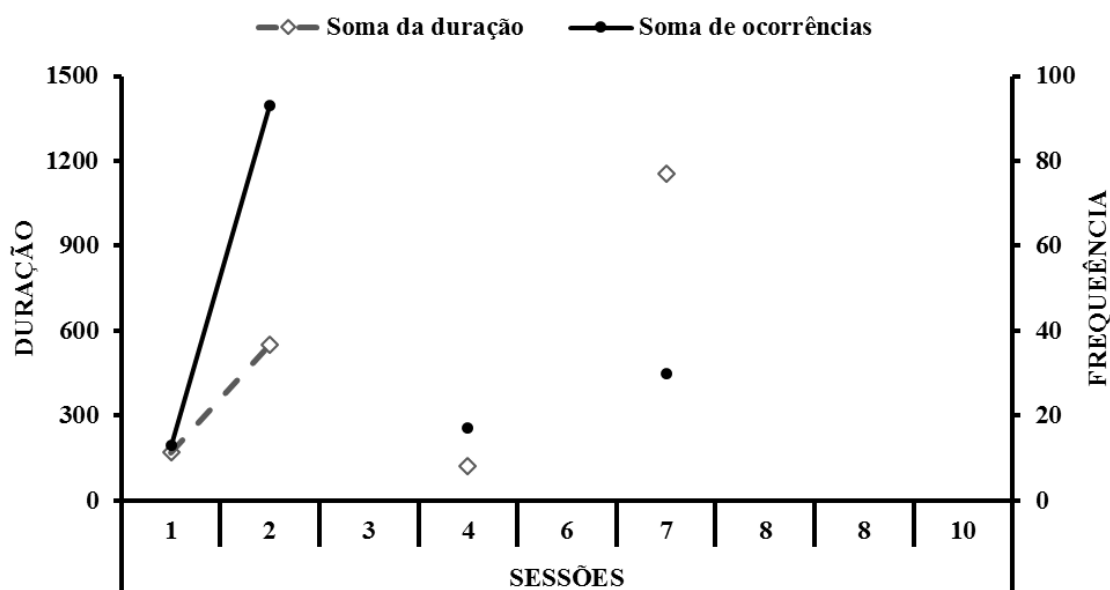
clientes procuraram T1 para relatar que se sentiram mal com o ocorrido e questionaram como poderiam agir em relação ao acontecimento.

Ficou evidente que P3 também apresentava várias atitudes características de clientes considerados difíceis, tais como pouco engajamento no processo (podem comparecer nas sessões, mas apresentam pouco envolvimento), comportamento opositor diante de intervenções diretivas, relato de melhora mesmo quando tais mudanças não são observadas pelo terapeuta, histórico de participação em vários processos psicoterápicos e dificuldade para aceitar comportamentos que demonstrem cuidado e apreço por parte do terapeuta (Oshiro, 2011). Em alguns momentos, a cliente chegou a relatar que tinha conhecimento de tudo que estava sendo abordado no grupo e que aquilo não era novidade. Entre todos os participantes, ela foi a única que não fazia as atividades extrassessão e que já tinha se submetido a outras intervenções psicoterápicas com outros profissionais e desistido. O fato da cliente ter um histórico de diferentes interações terapêuticas pode justificar o seu alto desempenho no que se refere à medida indireta de duração da categoria Cliente estabelece relações. Isso significa que ela apresentava um repertório verbal mais refinado e análises mais detalhadas.

A seguir apresenta-se a Tabela 5 e a Figura 8 que representam os dados referentes à P4.

Tabela 5. Frequência e duração das categorias da cliente P4 durante as sessões analisadas.

	Frequência										Total	Número de palavras										Total
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	1		2	3	4	6	7	8	9	10			
SOL	2	7	0	0	0	0	0	0	0	9	10	34	0	0	0	0	0	44				
CON	1	10	0	0	0	4	0	0	0	15	10	23	0	0	12	0	45					
REL	9	67	13	0	0	18	0	0	0	107	141	370	97	0	839	0	1447					
CER	1	2	1	0	0	4	0	0	0	8	8	70	11	0	160	0	249					
MEL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	124	0	124					
OPO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	0	0	0	0	11					
MET	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
COU	0	4	2	0	0	1	0	0	0	7	0	40	6	0	15	0	61					
C APR	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1					
C REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C DES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C INT	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	5					
C REC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C EMP	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	8					
C SRE	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0	4					
C SRF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C FAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C INF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
TOTAL	13	93	17	0	0	30	0	0	0	153	169	552	122	0	1156	0	1999					

**Figura 8.** Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P4 no que se refere a frequência e medida indireta de duração.

Observa-se que, a cliente apresentou predominantemente a categoria Relato. Na segunda sessão, a frequência de tal categoria aumentou consideravelmente se comparada à sessão anterior. Todavia, na sessão 4, a frequência da categoria Relato diminuiu. Mesmo em baixa frequência, observa-se que na sessão 7 a cliente falou por mais tempo. Ademais, das nove sessões analisadas, a cliente compareceu apenas a quatro.

No que se refere à sessão 2, o aumento da categoria Relato justifica-se pelo aumento de Solicitações de relato (SRE) direcionados a ela por parte dos terapeutas. Tais solicitações passaram de 9 na primeira sessão para 46 na segunda. Na sessão 1, a participante emitiu a categoria Relato apenas 9 vezes, o que pode indicar que apresentou tal comportamento somente quando os terapeutas fizeram a solicitação diretamente a ela. O aumento de frequência de Solicitação de relato direcionado a P4 ocorreu devido as discussões em supervisão, em que se verificou a necessidade dos terapeutas fornecerem mais atenção a esta cliente. P4 apresentava um déficit significativo em seu repertório verbal, exigindo incentivo dos terapeutas para que interagisse mais durante as sessões. No entanto, tal incentivo foi expresso com mais frequência em forma de SRE. Considera-se que poderia ser vantajoso utilizar mais a categoria Facilitação para incentivar sua participação, pois, como exposto anteriormente, a frequência de facilitações direcionadas a ela foi significativamente menor que a dos outros participantes.

Esta participante apresentava de forma mais clara um padrão comportamental relacionado à depressão. De acordo com Ferster, Culbertson, e Boren (1977), as características principais de uma pessoa em tal condição é a baixa frequência de comportamentos positivamente reforçados e um aumento de comportamentos mantidos por reforçadores negativos. A cliente apresentava um repertório social caracterizado como passivo, pois defendia pouco seus interesses e dificilmente expressava sua opinião. Ao agir dessa forma, provavelmente entrava em contato com estimulação aversiva - como as exigências da família-, mas não tinha que assumir as consequências mais graves, uma vez que os outros tomavam decisões por ela. Assim, não precisava se responsabilizar por muitos problemas que enfrentava, como a administração do restaurante onde era sócia, por exemplo. Além disso, a cliente não apresentava uma história de aprendizagem de resolução de conflitos, uma vez que verbalizou que na infância e adolescência, sempre que tinha algum problema, os

pais a defendiam e tentavam encontrar uma solução para ela. Na vida adulta, quando casada, o marido a auxiliava com aspectos relacionados à resolução de problemas do dia a dia. É comum pessoas com depressão apresentarem um padrão de passividade, permanecendo a maior parte do tempo em silêncio, assumindo mais o papel de ouvinte do que de falante nas interações (Ferster, Culbertson & Boren, 1977). Constata-se que essas características apontadas pelos autores se assemelham ao padrão comportamental apresentado pela cliente em sessão.

O baixo desempenho dessa participante dificultou realizar análises relacionadas às categorias de interesse para a presente pesquisa. Diante desta constatação, foi possível considerar que a cliente em questão se beneficiou pouco do processo terapêutico. Com o elevado número de ausências nas sessões (5 faltas), não recebeu informações relevantes relacionadas às características do TB e não teve a oportunidade de trabalhar aspectos específicos da ACT. Considera-se que o mais indicado para P4 seria a oportunidade de participar de uma intervenção em grupo com a finalidade de desenvolver repertório relacionado às habilidades sociais, condição relevante para o enfrentamento de questões relativas ao seu dia a dia.

A Tabela 6 demonstra os dados do cliente P5 durante as sessões analisadas.

Tabela 6. Frequência e duração das categorias da cliente P5 durante as sessões analisadas.

	Frequência										Número de palavras									
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Total
SOL	21	9	11	3	0	2		4	10	60	226	90	132	34	0	10		36	31	559
CON	33	33	20	1	7	7		19	5	125	75	497	47	7	361	86		29	72	1174
REL	28	40	31	21	20	11		17	13	181	410	1709	2811	1813	1626	199		656	1558	10782
CER	2	5	2	10	6	3		9	4	41	42	338	121	534	332	144		763	93	2367
MEL	0	0	0	0	0	3		2	1	6	0	0	0	0	0	471		81	22	574
OPO	4	8	2	5	2	2		0	0	23	89	169	39	279	31	107		0	0	714
MET	0	0	0	1	0	0		0	0	1	0	0	0	58	0	0		0	0	58
COU	22	18	15	7	1	2		2	1	68	242	716	95	51	6	21		24	1	1156
C APR	1	1	3	3	6	3		6	5	28	4	12	13	74	17	129		45	22	316
C REP	0	0	5	1	0	0		1	0	7	0	0	46	11	0	0		4	0	61
C DES	2	1	0	0	0	0		0	1	4	20	100	0	0	0	0		0	11	131
C INT	0	3	2	1	4	3		3	1	17	0	50	65	155	173	168		108	13	732
C REC	0	0	2	1	3	0		4	0	10	0	0	14	5	90	0		105	0	214
C EMP	3	2	2	1	0	0		0	1	9	21	36	11	3	0	0		0	3	74
C SRE	1	3	13	1	3	2		2	4	29	3	20	87	8	22	12		18	15	185
C SRF	0	0	0	0	2	1		2	0	5	0	0	0	0	27	19		31	0	77
C FAC	0	1	1	0	1	0		0	0	3	0	1	1	0	1	0		0	0	3
C INF	0	0	5	0	2	2		3	0	12	0	0	87	0	28	27		90	0	232
TOTAL	117	124	114	56	57	41		74	46	629	1132	3738	3569	3032	2714	1393		1990	1841	19409

Constata-se por meio da Tabela 6 que este cliente faltou apenas a uma sessão. No que se refere à medida de frequência, observa-se que a categoria Relato se destacou em todas as sessões. A categoria Concordância também esteve em evidência, principalmente nas sessões 1, 2, 3 e 9. Nota-se que mesmo em baixa frequência o cliente emitiu, em todas as sessões, diversas categorias Cliente T, como Cliente solicita relato e Cliente aprova. A categoria Solicitação também se destacou em relação às outras categorias, bem como a Outras verbalizações do cliente que se realçou principalmente nas três primeiras sessões. No que se refere à medida indireta de duração, encontra-se a categoria REL em primeiro lugar, seguida pelas categorias CER, CON e COU. Outras categorias que se destacaram foram: Melhora, Cliente interpreta, Oposição e Solicitação. A Figura 9 demonstra o desempenho total de P5 durante as sessões.

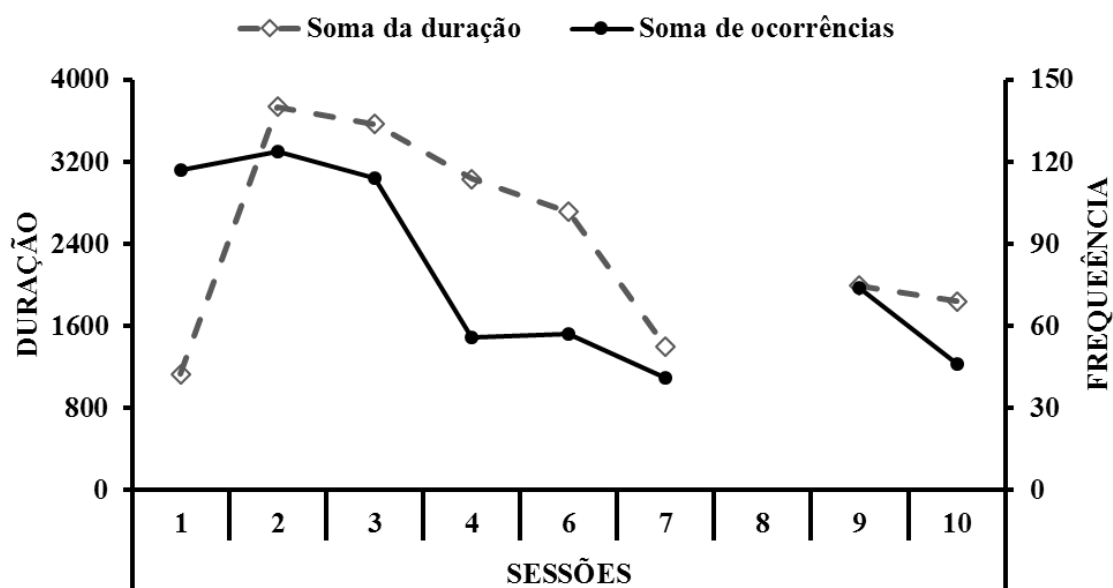


Figura 9. Soma das categorias verbais vocais apresentadas por P5 no que se refere a frequência e medida indireta de duração.

Observa-se na Figura 9 que na primeira sessão houve alta frequência de verbalizações de P5, porém com uma duração baixa. Na segunda sessão, ocorreu um aumento significativo do tempo em que o cliente permaneceu falando. Após a segunda sessão, tanto a frequência quanto a duração reduziram com um leve aumento na nona sessão, reduzindo novamente na

última sessão. Observa-se também que o decréscimo da frequência ocorreu de forma mais acentuada entre uma sessão e outra do que o decréscimo da duração. A Figura 10 ilustra a frequência e a duração das categorias Solicitação (SOL), Oposição (OPO) e Outras verbalizações do Cliente (COU) de P5.

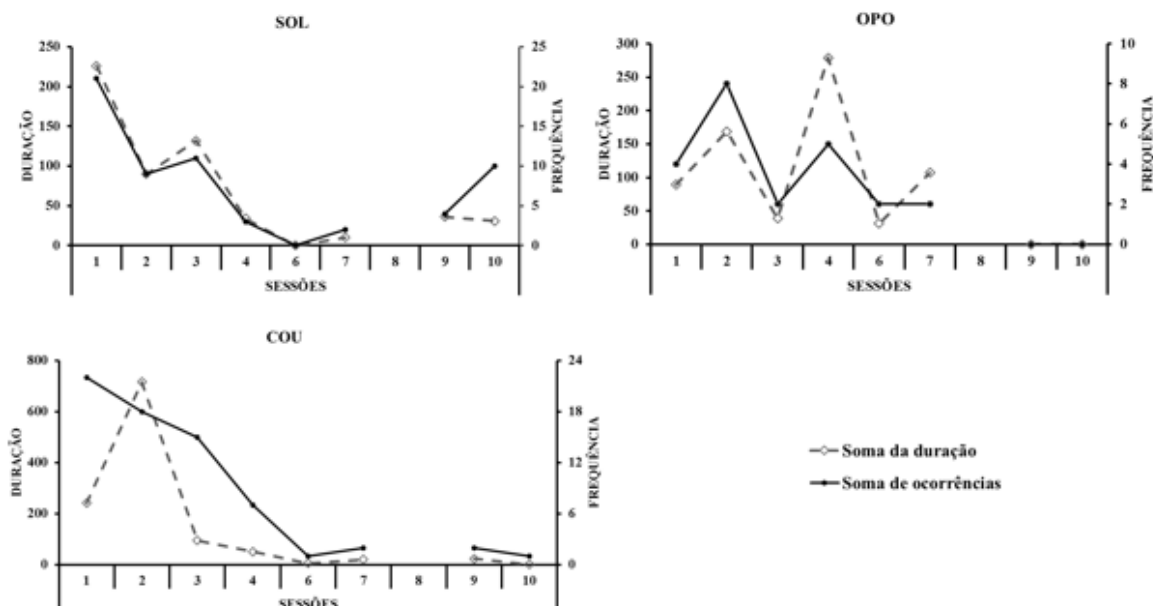


Figura 10. Representação da frequência e duração das categorias Solicitação (SOL), Oposição (OPO) e Outras verbalizações do Cliente (COU).

Na figura 10, observa-se a frequência e a medida indireta de duração das categorias Solicitação, Oposição e Outras verbalizações do cliente. As três categorias foram definidas como inadequadas pelo fato de serem categorias que afetavam negativamente o percurso da sessão. Nota-se redução da frequência e duração das três categorias. Após a falta na sessão 8, a frequência da categoria SOL voltou a aumentar.

Apesar deste cliente colaborar de modo geral com o andamento do grupo, no sentido de ser acolhedor com as outras participantes e se engajar nas atividades em sessão, ele foi o participante que os terapeutas tiveram mais dificuldades em relação ao manejo. Diferente de P2 e P4, ele apresentava um excesso comportamental como verbosidade e fala superficial, comportamentos esses que segundo Oshiro (2011) dificultam o andamento da terapia. Nas

primeiras sessões, ele foi o primeiro a responder as perguntas efetuadas ao grupo e também era comum interromper a fala dos outros participantes. Para se ter ideia dessa problemática, na terceira sessão, ele falou por treze minutos seguidos. Além disso, apresentava excesso de detalhes em suas falas e constantemente iniciava assuntos fora de contexto do grupo. Este padrão comportamental foi considerado um problema porque, além de prejudicar seu próprio processo terapêutico, dificultava o maior envolvimento dos outros participantes. Além disso, deve-se considerar que por se tratar de um grupo, seria importante que os assuntos tratados fossem comuns a todos, para que todos os membros pudessem se beneficiar (Almeida & Garcia, 2003). Por esse motivo, as categorias Solicitação, Oposição e Outras verbalizações do cliente foram consideradas inadequadas.

Importante ressaltar que nenhum comportamento deve ser considerado adequado ou inadequado em si mesmo. O aumento da categoria Solicitação, por exemplo, poderia ser considerado como uma melhora, caso a formulação do caso indicasse que o cliente tinha dificuldade em solicitar ajuda no contexto extrassessão. O mesmo pode ser dito da categoria Oposição, que em algumas condições poderia ser considerada como um comportamento adequado, caso a formulação do caso indicasse que o cliente tinha dificuldade em recusar pedidos ou defender seus interesses. Todavia, neste caso em específico, a Solicitação ocorreu em excesso nas primeiras sessões e, às vezes, em momento inoportuno, bem como a Oposição que ocorria de modo inassertivo e algumas vezes em tom de ironia.

Nas duas primeiras sessões, os terapeutas consequenciaram praticamente todas as verbalizações do cliente, respondendo suas perguntas, apresentando a categoria Solicitação de relato e Facilitação. Pode-se dizer que a atitude dos terapeutas provavelmente teve como efeito o fortalecimento desses comportamentos considerados inadequados. Quando identificaram que a fala em excesso de P5 poderia prejudicar a participação das outras clientes, os terapeutas reduziram o número de questionamentos direcionados a ele e

diminuíram o contato visual enquanto emitia verbalizações extensas ou fora de contexto. Além disso, passaram a reforçar diferencialmente suas falas, atuando com menor responsividade diante de categorias como COU ou solicitando que ele aguardasse um pouco quando fazia algum pedido. Todavia, o cliente demonstrou ter um repertório verbal refinado e costumava iniciar suas falas com assuntos que sinalizavam aos terapeutas a possibilidade de uma pauta coerente, mas quando os profissionais passavam a dar atenção ao que dizia, P5 desviava do assunto e era superficial no seu relato. Sendo assim, os terapeutas passaram a solicitar que ele fosse mais objetivo nas suas verbalizações. A partir deste *feedback*, o participante passou a ser mais direto e diminuiu a frequência de verbalizações durante as sessões, permitindo que os outros integrantes também se colocassem.

Acredita-se que a atenção dada pelos terapeutas nas primeiras sessões, por meio da demonstração de Empatia, Aprovação e Facilitação, favoreceu a relação terapêutica. Essa pode ser uma variável relevante para a melhora e para a aceitação do *feedback* negativo advindo dos terapeutas nas sessões seguintes. Harwood, e Eyberg (2004) apontam que a Facilitação reduz a resistência dos clientes e aumenta a chance destes aceitarem discutir assuntos mais difíceis no futuro. A redução da frequência e duração das verbalizações do cliente mostram o quanto características específicas do TB também são sensíveis às variáveis ambientais. Constatou-se que uma das características do TB mais frequente no quadro de P5 era a fala desenfreada. A partir do momento que os terapeutas passaram a consequenciar diferencialmente suas verbalizações, o cliente passou a falar menos. Tal conduta dos profissionais também pode explicar a redução dos escores de Mania, uma vez que um dos critérios deste episódio é a velocidade da fala, interrupção do entrevistador, mudança de assunto levantado pelo entrevistador, presença de ironia, etc.

A Figura 11 demonstra a média da frequência e a duração de cada categoria, levando em consideração o número de sessões que os clientes compareceram.

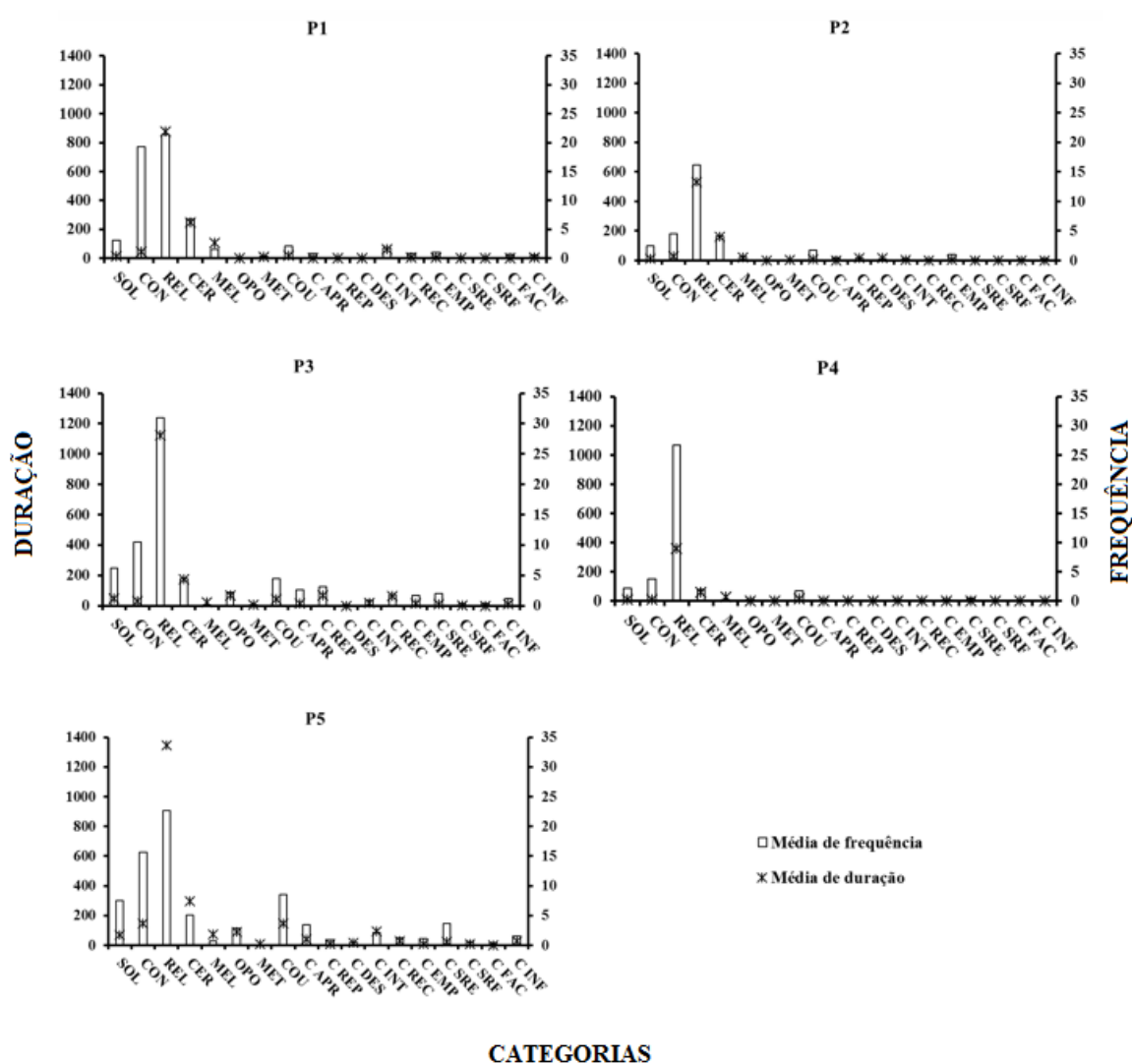


Figura 11. Média da frequência e duração das categorias relacionadas aos clientes no total das sessões analisadas.

Ao observar a figura 11, percebe-se que todos os clientes se engajaram mais na categoria Relato, seguida pela categoria Concordância e Cliente estabelece relações. Os clientes P3 e P5 foram os que mais se engajaram nas categorias Cliente T. De modo geral, as categorias Cliente T ocorreram em baixa frequência para todos os clientes. Observa-se também que houve pouca diferença entre os participantes no que se refere à frequência e duração das categorias Cliente estabelece relações e Solicitação, pois ocorreram aproximadamente na mesma proporção para todos eles. No entanto, P4 se engajou ligeiramente menos na categoria CER em comparação com os outros participantes. Por fim,

nota-se que em comparação com os outros clientes, P5 foi o que mais se engajou na categoria Outras verbalizações do cliente. No que se refere à média da duração, observa-se que Relato se destacou, seguida por Cliente estabelece relações. As outras categorias ocorreram por um tempo significativamente menor que a categoria Relato.

Semelhante a este estudo, Silveira (2009) identificou que as clientes se engajaram mais nas categorias elaboradas por Zamignani (2007) do que pelas categorias Cliente-T. Além disso, os clientes da pesquisa de Silveira (2009) também apresentaram com maior frequência as categorias Relato, seguida por Concordância e Cliente estabelece relações. Parafraseando a autora, pode-se dizer que possivelmente os clientes desse grupo priorizaram analisar e falar sobre suas próprias experiências e contingências de vida em detrimento das dos outros participantes. De acordo com Silveira (2009), para que as categorias Cliente-T ocorram, é necessário que o terapeuta forneça condições para tal, mediante a Solicitação de reflexão e recomendações específicas para que os clientes se engajem nessas categorias. Diferente do grupo de Silveira (2009), em que a terapeuta procurou facilitar as categorias Cliente-T durante as interações, os terapeutas da presente pesquisa não tiveram este objetivo, sendo que as categorias Cliente-T ocorreram de forma espontânea, com poucas intervenções dos terapeutas.

A partir do dado de que Relato foi a categoria mais frequente, pode-se supor que a maior contribuição do grupo foi oferecer um espaço para que pessoas com um mesmo diagnóstico compartilhassem suas experiências, sofrimentos e esperanças. O ambiente com pessoas que passavam por condições semelhantes e com terapeutas que demonstravam acolhimento, empatia e não julgamento, pode ter sido uma condição relevante para a redução dos escores de depressão e do aumento da qualidade de vida. A literatura aponta que relações sociais reforçadoras são fatores que afetam positivamente a saúde das pessoas (House, Landis, & Umberson, 1988; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). No estudo de van Gent, Vida e Zwart (1988) foi feito um ensaio randomizado com pessoas diagnosticadas com TB. A

intervenção nesse estudo consistiu basicamente em incentivar o grupo experimental a trocar experiências entre si. Após a intervenção foi encontrada melhora significativa do grupo experimental quando comparado ao grupo controle. Os autores concluíram que o simples compartilhamento de experiências foi o suficiente para a melhora clínica.

Em intervenções com alta frequência de Relato seria adequado investigar as subdivisões desta categoria. Na elaboração do SiMCCIT as subdivisões são: 1. Relato de informações sobre eventos; 2. Relato de eventos anteriormente registrados; 3. Relato de sentimentos e emoções; 4. Relato de estados motivacionais ou tendências a ação; e 5. Relatos em formato de julgamento ou avaliação. Esse dado pode indicar aspectos importantes na consideração de intervenções bem e mal sucedidas (Rossi & Meyer, 2014). De acordo com Rossi e Meyer (2014), relatos sobre eventos privados, eventos considerados difíceis ou que eliciam respondentes tendem a ser mais produtivos do que relatos sobre experiências do cotidiano ou sobre teorias elaboradas pelo cliente. As autoras também identificaram que os Relatos de terapias bem sucedidas estavam relacionados a temas mais importantes para o tratamento ou foram expressos de forma mais clara e objetiva.

Acredita-se que a coesão do grupo tenha colaborado para o sucesso dessa intervenção. De acordo com Delitti (2008), um grupo coeso seria aquele em que a taxa de reforçamento é significativamente maior do que a taxa de punição. Nessa intervenção, a soma da frequência de comportamentos empáticos e aprovações dos clientes se sobressaíram à frequência de críticas. A soma das categorias C EMP e C APR foi de 92, enquanto de C REP foi de 31. A frequência maior dessas categorias podem ter favorecido o compartilhamento de suas experiências e o engajamento no Relato sobre seus problemas.

Ao analisar os casos desses clientes, constatou-se algo semelhante ao que foi indicado por Chagas (2013). Os comportamentos inadequados dos clientes com TB eram mantidos majoritariamente por reforçamento negativo. Ficou claro que para quatro dos cinco clientes

desta pesquisa, alguns comportamentos inadequados eram conseqüenciados por reforçamento negativo. Principalmente os comportamentos relacionados à agressividade/irritabilidade (P1 e P2), à esquiva de demandas e de assumir responsabilidades (P2 e P4) e à esquiva de comprometer-se e entrar em contato com eventos privados dolorosos (P3). Para P5, ficou mais evidente o efeito de reforçadores positivos, como elogios e valorização social para comportamentos relacionados ao envolvimento em várias atividades, como trabalho, encontros religiosos e movimentos sindicais.

Ao levantar a história de vida desses clientes, foi possível identificar o papel de contingências aversivas no desenvolvimento dos comportamentos característicos do TB. Dado este também apontado por Chagas (2013) ao pesquisar o TB e por Sidman (1995), ao abordar os efeitos deletérios do controle aversivo e de como este pode aumentar as chances do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Tal fato fortalece a necessidade de intervenções analítico-comportamentais que auxiliem esses clientes a manejar as contingências aversivas e desenvolver comportamentos alternativos para lidar com seus problemas (Chagas, 2013).

A partir da constatação de que a categoria Concordância foi a segunda categoria mais frequente, optou-se por verificar quais categorias dos terapeutas antecederam a categoria CON dos clientes. A seguir apresenta-se a Figura 12 com a proporção de CON para cada categoria.

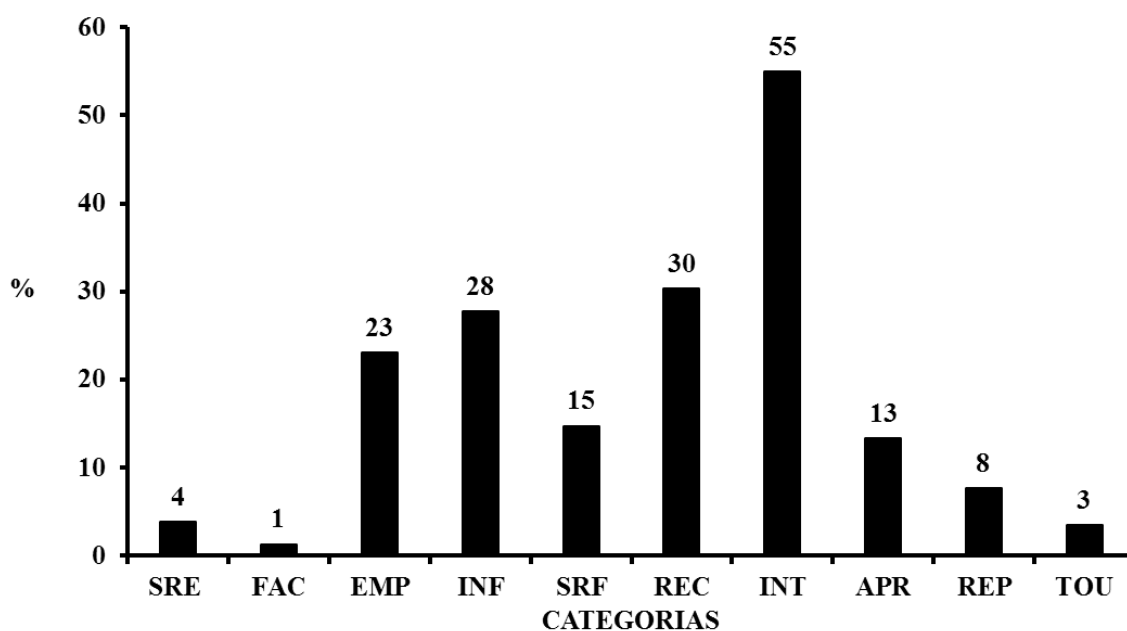


Figura 12. Proporção da categoria Concordância para cada categoria do terapeuta.

Observa-se que a categoria INT foi a que os clientes mais concordaram, seguida por REC, INF e EMP. As categorias que eles menos concordaram foram FAC, TOU e SRE. Destaca-se que mais da metade da categoria INT foi conseqüenciada pela categoria CON. A partir disso, pode-se dizer que as interpretações dos terapeutas foram bem recebidas pelos clientes. Esse dado indica que intervenções interpretativas podem ter efeito positivo em intervenções com esse tipo de população. Pesquisas futuras podem investigar os efeitos dessas intervenções no atendimento de pessoas com TB.

Como já foi apresentado anteriormente, algumas verbalizações de concordância dos clientes podem exercer a mesma função que a categoria Facilitação do terapeuta, ou seja, têm por objetivo demonstrar atenção ao que os terapeutas falam. Segundo Rossi e Meyer (2014), essa pode ser uma limitação da categoria CON. Ao igualar verbalizações do tipo “nossa!” ou “entendi” as verbalizações de Concordâncias mais elaboradas, o pesquisador pode deixar de apresentar dados importantes para sua pesquisa. Por esse motivo, sugere-se que pesquisas futuras procurem diferenciar as verbalizações de Concordância em sub categorias,

evidenciando a diferença entre simples relatos que indicam entendimento e relatos mais completos, que indicam satisfação com a terapia ou seguimento das orientações dos terapeutas.

Nota-se que REC foi a segunda categoria que os clientes mais concordaram, mas com uma frequência significativamente menor se comparada à INT. Kanamota (2013) verificou os efeitos do aumento na frequência das respostas de Empatia e Recomendação nas demais categorias do terapeuta e dos clientes. Para tal, o estudo foi dividido em três fases: fase A correspondente à Linha de base, em que não ocorreu manipulação intencional da frequência das categorias e fases B e C, em que ocorreu alteração da frequência das categorias Empatia e Recomendação. A autora verificou que para três dos quatro participantes a frequência da categoria CON foi maior na fase de Recomendação se comparada à fase de Empatia. No estudo de Donadone (2009), que verificou as variáveis que determinam o comportamento do terapeuta de orientar (Recomendação) e do cliente se auto-orientar, foi constatado que após Recomendação os clientes concordavam com os terapeutas em quase metade das situações. A presente pesquisa se diferencia dos estudos de Kanamota (2013) e Donadone (2009), pois os clientes apresentaram a categoria CON apenas 30% após a categoria REC dos terapeutas.

É preciso deixar claro que o fato dos clientes terem concordado não significa necessariamente que irão seguir tais recomendações. Por esse motivo, é preciso verificar se a concordância sugere o seguimento da recomendação, uma vez que as variáveis que controlam o comportamento verbal de concordar com determinada recomendação são diferentes das variáveis que controlam o comportamento de seguir a regra fora da sessão. Na intervenção de Costa (2016), os resultados não foram homogêneos. No que se refere às atividades a serem executadas fora da sessão, P1 e P2 seguiram maior parte das recomendações dos terapeutas, P5 seguiu parcialmente e P3 não seguiu as recomendações, mesmo quando todos

concordaram com as orientações dadas em sessão. Devido às constantes faltas de P4, não foi possível verificar tal dado em relação a ela.

Acredita-se que um dos efeitos principais da CON seria o de aumentar a aliança terapêutica, fazendo com que o terapeuta continue com o seu curso de intervenção, assim como a categoria facilitação. É importante que terapeutas observem as variáveis que controlam o comportamento de concordar e quais os efeitos das mesmas sobre seus comportamentos. Na pesquisa de Ablon e Jones (1999), que analisou o processo terapêutico em um instituto para pessoas com Depressão, foi constatado que em algumas circunstâncias a cooperação com a terapia tinha o objetivo de agradar o terapeuta e aumentar as chances de receber afeto do mesmo. Por consequência, os clientes apresentavam melhoras em seu quadro de Depressão, uma vez que participavam de interações positivas com os terapeutas e seguiam as recomendações dos mesmos. No entanto, como esses resultados estavam sob controle das possíveis aproximações e afeto do terapeuta, a melhora não se manteve ao longo do tempo. Por esse motivo, é relevante investigar as variáveis que favorecem a cooperação dos clientes e buscar meios de garantir que eles continuem seguindo as recomendações dos terapeutas sem supervisão.

É compreensível a baixa frequência de CON após as categorias SRE e FAC, pois é esperado que após uma SRE o cliente se engaje na categoria REL e, após a categoria FAC, o cliente continue emitindo a categoria que já verbalizava. Uma alta frequência da categoria CON após SRE e FAC indicariam que o comportamento de solicitar relatos e facilitar não estariam atingindo seus objetivos.

Recomenda-se cuidado ao considerar esses dados, uma vez que há diferenças importantes entre a frequência das categorias dos terapeutas. Por esse motivo, os dados aqui apresentados não podem ser extrapolados para outros contextos. Estudos que tenham por objetivo observar quais categorias dos terapeutas os clientes concordam mais precisam

garantir que as categorias dos terapeutas ocorram na mesma frequência, pois só assim será possível garantir que há uma tendência dos clientes concordarem mais com alguma categoria específica. Dessa forma, será possível dizer com maior segurança que há uma tendência dos clientes concordarem com alguma categoria especificamente. A seguir, apresenta-se a tabela 7 com as correlações significativas (r_s maior que 0,6) entre as categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância dos clientes. No Apêndice C pode-se observar as correlações de todas as categorias relacionadas à categoria Concordância.

Tabela 7. Correlações significativas (Teste Serman's rho) entre as categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância dos clientes.

CORRELAÇÃO T1	
ANTECEDENTE	CONSEQUENTE
Facilitação	Facilitação ($r_s=0.759257$).
Informação	Informação ($r_s=0.750000$); Outras verbalizações do Terapeuta ($r_s=0.683202$).
Recomendação	Solicitação de Relato ($r_s=0.726891$); Facilitação ($r_s=0.785496$); Solicitação de reflexão ($r_s=0.708318$); Interpretação ($r_s=0.735294$).
Interpretação	Solicitação de Relato ($r_s=0.949580$); Informação ($r_s=0.836827$); Interpretação ($r_s=0.932773$).
Aprovação	Aprovação ($r_s=0.780598$).
Outras verbalizações do terapeuta	Recomendação ($r_s=-0.730297$).
CORRELAÇÃO T2	
ANTECEDENTE	CONSEQUENTE
Empatia	Empatia ($r_s=0.994987$).
Informação	Informação ($r_s=0.857151$).
Recomendação	Recomendação ($r_s=0.831177$).
Interpretação	Recomendação ($r_s=0.819455$).
Aprovação	Interpretação ($r_s=0.821736$).

Na tabela 7, é possível observar as correlações significativas entre as categorias dos terapeutas que antecederam e sucederam a categoria Concordância. A correlação positiva da categoria FAC de T1 sugere a preocupação da terapeuta em manter as verbalizações de concordância dos clientes. Quando T1 apresentava a categoria INF e esta era seguida por CON, a terapeuta tendia a apresentar mais INF ou a categoria TOU. Isso sugere que a

concordância dos clientes pode ter tido um efeito fortalecedor sobre o comportamento da terapeuta de fornecer informação. Quando a categoria antecedente à CON foi Recomendação, a terapeuta seguia emitindo SRE, FAC, SRF e INT. Provavelmente essas categorias tinham o objetivo de fornecer aos clientes argumentos que davam suporte a recomendação. Por exemplo, ao sugerir que os clientes executassem alguma atividade, a terapeuta também apresentava previsões das consequências que poderiam ocorrer caso os clientes seguissem a recomendação. Era comum T1 verificar se os clientes compreenderam suas recomendações, por isso a forte correlação entre REC e SRE. O mesmo ocorreu entre INT e SRE, em que também procurou-se verificar a compreensão das interpretações efetuadas. Constata-se que a terapeuta procurou respaldar suas interpretações com explicações teóricas. Por isso a forte correlação entre INT e INF. Foi observada uma correlação negativa entre as categorias TOU e REC. Isso significa que quanto mais a terapeuta apresentava a categoria TOU antes de CON, menos apresentava a categoria REC.

É possível observar a provável função reforçadora que a categoria CON teve sobre os comportamentos de T2 ao emitir as categorias EMP, INF e REC. Isso significa que quando T2 emitia EMP, os clientes concordavam e ele continuava emitindo EMP. O mesmo ocorreu com as categorias INF e REC. Também foi frequente a seguinte sequência de interação: APR – CON – INT. Observou-se forte correlação entre INT e REC. As interpretações emitidas pelo terapeuta podem ter aumentado as chances dos clientes seguirem as recomendações. De acordo com Faleiros e Hübner (2007), a descrição de contingências podem exercer controle sobre o comportamento do ouvinte. No estudo apresentado pelas autoras foi discutido que descrições (tatos) acompanhadas de autoclíticos qualificadores positivos podem ter aumentado a chance de grupo de crianças escolher atividades de leitura durante a pesquisa. Uma das reflexões apontadas pelas autoras foi que descrições de contingências acompanhadas de autoclíticos qualificadores positivos podem aumentar a chance do ouvinte seguir a

instrução dada pelo falante. Fazendo um paralelo com a terapia, pode-se dizer que o terapeuta pode aumentar a chance do cliente seguir suas recomendações ao descrever os reforçadores que ele terá acesso. Outra explicação é dada por Donadone (2009) ao constatar que os terapeutas tendiam solicitar reflexões para os clientes ou fazer interpretações antes de apresentar alguma recomendação. Segundo a autora, ao entrar em contato com relatos dos clientes relacionados ao não saber como solucionar problemas, os terapeutas forneciam condições para que os clientes apresentassem respostas alternativas a partir das solicitações de reflexão e de interpretações. Sendo assim, os comportamentos de solicitar reflexão e interpretar teriam o objetivo de aumentar as chances dos clientes criarem alternativas. A recomendação era efetuada apenas quando essas alternativas não eram relatadas pelos clientes.

A partir da análise de correlações foi possível observar alguns eventos antecedentes e consequentes do comportamento de concordar dos clientes. Seria vantajoso ampliar tal análise para as outras categorias. De acordo com Donadone (2009), pode-se obter informações mais relevantes ao se investigar em que circunstâncias as categorias ocorrem. Zamignani, Banaco e Meyer (2014) afirmam que estudos que investigaram além da frequência das categorias acabaram avançando na identificação dos aspectos mais complexos da interação terapêutica. Alguns pesquisadores têm utilizado a análise sequencial da interação terapêutica (Zamignani, Banaco & Meyer, 2014). A análise sequencial permite demonstrar regularidades entre as categorias observadas e padrões de interação, diferentemente da contabilização simples da frequência e duração das categorias (Silveira, 2009).

5. Considerações finais

A presente pesquisa teve por objetivo analisar o processo terapêutico de uma intervenção em grupo para clientes diagnosticados com Transtorno Bipolar. Para isso, os

comportamentos verbais vocais de terapeutas e clientes foram separados por categorias. Posteriormente, foram contabilizadas a frequência e duração dessas categorias. O Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica se mostrou produtora nesta pesquisa, mas foi necessário utilizar outras categorias, como as desenvolvidas por Silveira (2009) e as desenvolvidas especificamente para este estudo (Cliente-t). Foi observado que as categorias Cliente-t apresentaram baixo índice de concordância. Considera-se importante que pesquisas futuras procurem definir de modo mais detalhado as categorias encontradas em intervenções de grupo, realizando testes de concordância que aumentem a fidedignidade das mesmas.

Evidencia-se a limitação de se desenvolver um problema de pesquisa em cima de um grupo que já ocorreu, impossibilitando manipular variáveis de interesse, no que se referem às categorias analisadas e à própria interação terapêutica. O pesquisador encontrou dificuldade para especificar a quem cada categoria foi direcionada. Mesmo que tenha se adotado critérios topográficos, como apontar diretamente para a pessoa, tocar ou chamar o ouvinte pelo nome para definir a quem o falante se reportava, percebe-se que usar apenas estes critérios não seria o mais adequado. Em diversas situações, um participante iniciava uma sequência da interação e mais de um participante dava seguimento ao assunto iniciado.

Pode-se dizer que esta pesquisa foi um diferencial por demonstrar um processo terapêutico conduzido por dois terapeutas trabalhando em sistema de co-terapia. Foi constatado que ao trabalharem neste sistema, um terapeuta emitiu mais comportamentos verbais e por mais tempo que o outro. Todavia, ambos apresentaram desempenho semelhante no que se refere ao quanto cada um se engajou em diferentes categorias. Acredita-se que a sintonia entre os terapeutas pode ter sido um fator importante para a condução do processo e para a melhora dos clientes. Aspectos como objetivos da sessão, história de interação dos terapeutas e o fato de já terem trabalhado juntos podem ter favorecido os resultados obtidos.

A frequência de algumas categorias pode ter sido um fator importante no que se refere à melhora dos clientes quanto aos sintomas de Mania e Depressão. A partir da análise, foi constatado que a categoria mais emitida pelos terapeutas foi a Solicitação de relato. Eles utilizaram tal categoria com objetivo de facilitar a interação entre os clientes. Tal fator pode ter favorecido a aproximação entre os membros do grupo. A alta frequência da categoria Relato evidenciou o quanto os clientes se sentiram à vontade para trocarem experiências uns com os outros. Foi discutido que favorecer o relato de assuntos que os clientes têm em comum pode ser uma intervenção que por si só reduziria os escores de Depressão e aumentaria a qualidade de vida. Outro fator que pode ter beneficiado a intervenção foi a audiência não punitiva dos terapeutas, caracterizada por alta frequência de categorias como Aprovação e Empatia, bem como baixa frequência de Reprovação. Os terapeutas também tiveram o cuidado de direcionar as intervenções diretivas mais ao grupo do que individualmente. Esse cuidado pode ter aumentado a chance dos clientes aceitarem tais intervenções.

Uma característica importante desta intervenção foi a alta frequência e duração da categoria Informação. Foi discutido que a intervenção psicoeducacional é relevante no trabalho com clientes psiquiátricos, além de ser eficiente em terapias de curta duração. No entanto, terapeutas devem cuidar para que as intervenções psicoeducativas sejam feitas de modo dinâmico e criativo. Dessa forma, é mais provável que os clientes se sintam motivados a participarem do processo e compareçam às próximas sessões. Também pode-se dizer que seria vantajoso pesquisas futuras investigarem o efeito de intervenções analítico-comportamentais com e sem psicoeducação, uma vez que estudos com apenas psicoeducação mostraram redução dos escores de Mania, Depressão e melhora na qualidade de vida (Colom et. al., 2009; Da Matta, 2012; Faria et. al., 2014; Pellegrinelli, 2010).

Para análise deste processo, além das categorias emitidas pelos participantes, também foram consideradas variáveis externas à sessão. Isso indica que a análise apenas das categorias que ocorrem em sessão não são o suficiente para avaliar aspectos da intervenção. Acredita-se que pesquisadores interessados no processo terapêutico precisam considerar variáveis externas como plano de tratamento, eventos que ocorreram antes da sessão, dentre outros aspectos que controlam indiretamente a interação entre terapeuta e cliente. Além disso, pode ser necessário o uso de análises sequenciais que possibilitem a identificação de eventos antecedentes e consequentes de determinadas categorias, bem como os padrões da interação terapêutica.

Considera-se necessário investigar dados referentes aos comportamentos não vocais. Em vários momentos da interação, os clientes faziam movimentos com a cabeça que sinalizavam afirmação ou discordância. Pesquisas destinadas a investigar a interação terapêutica com clientes depressivos devem analisar de forma mais criteriosa os comportamentos não vocais para obter resultados relevantes com relação a alguns comportamentos característicos da Depressão, como expressões faciais de tristeza e postura corporal curvada, por exemplo.

Nesta pesquisa levantou-se a hipótese de que o número de participantes do grupo pode interferir na frequência da categoria Cliente estabelece relações. A hipótese sugere que quanto menor o número de participantes presentes na sessão, maior será a probabilidade dos clientes se engajarem nesta categoria, uma vez que ela exige um tempo maior da sessão para que os clientes estabeleçam relações entre eventos, o que não seria possível em uma sessão com muitas pessoas participando.

A análise da frequência e duração das categorias dos clientes evidenciou que características constituintes do Transtornos Bipolar são sensíveis às variáveis ambientais, que neste caso foram as intervenções dos terapeutas. Tal afirmação é sustentada principalmente

pelos dados do participante P5. Isso significa que comportamentos característicos do TB são passíveis de mudança e que pessoas com este diagnóstico podem se beneficiar com uma intervenção analítico-comportamental.

REFERÊNCIAS

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(1), 64.
- Albuquerque, L. C. (2001). Definições de regras. Em H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp.132-140). Santo André: ARBytes.
- Almeida, C. G. & Garcia, M. R. (2003). Desenvolvimento de repertórios comportamentais em clientes com dificuldade de relacionamento interpessoal. In: *Almeida, C. G. Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida. Campinas: Papyrus, 83-100.*
- Aprahamian, I., Sousa, R. T. D., Valiengo, L. D. C. L., Machado-Vieira, R., & Forlenza, O. V. (2014). Lithium safety and tolerability in mood disorders: a critical review. *Archives of Clinical Psychiatry, 41*(1), 9-14.
- Arango, H. G. (2014). *Bioestatística: teórico e computacional*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Roogan, 438p.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Nascimento, M. I. C.; et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed.

- Barbera, T. J., & Waldron, H. B. (1994). Sequential analysis as a method of feedback for family therapy process. *The American Journal of Family Therapy*, 22(2), 156-164.
- Battini, E., Soares, M. R. Z., & Zakir, N. S. A. (2008). Elaboração de software para avaliação do transtorno dismórfico corporal sob enfoque analítico-comportamental. *Temas em psicologia*, 16(1), 63-72.
- Braga, G. L. D. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estud. psicol.(Campinas)*,23(3), 307-314.
- Britto, I. A. G., de Souza Britto, I. A. G., & Miranda, E. (2011). Aplicação dos princípios analítico-comportamentais para alterar o comportamento de uma esquizofrênica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 327-336.
- Cardoso, T. A.; Farias, C. A.; Mondin, T. C.; da Silva, G. D. G.; Souza, L. D. M.; da Silva, R. A.; Jansen, K. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry research*, 220(3), 896-902.
- Cavelagna, M. F. (2012). *Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar*. Ribeirão Preto, SP. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 145p.
- Chagas, M. T. (2013) *Análise do Comportamento e Psiquiatria: Algumas Reflexões sobre o Transtorno Bipolar*. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 97p.
- Chagas, M. D. T., Guilherme, G., & Moriyama, J. D. S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Acta Comportamental*, 21(4), 495-508.
- Coelho, M. C., & Conte, F. D. S. (2003). Efeitos da relação terapêutica na redução de comportamentos agressivos de crianças de baixa renda. In: *Brandão, M. Z. S et al. Sobre*

- comportamento e cognição, clínica, pesquisa e aplicação. Santo André: ESETEC, 97-105.*
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... & Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br. J. Psychiatry, 194*(3), 260-265.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry, 60*(4), 402-407.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(Supl 3), 47-50.
- Costa, R. T. D., Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M. R. D., Freire, R. C. D. R., Versiani, M., Nardi, A. E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*(2), 144-149.
- Costa, R. T., Cheniaux, E., Rangé, B. P., Versiani, M., Nardi, A. E. (2012). Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 45*(9), 862-868.
- Costa, R. S. (2016). *Transtorno Bipolar: Contribuições de uma Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo*. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 123p.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.

- Da Costa, R. S., dos Santos, D. R., & Soares, M. R. Z. (2016). Intervenção psicológica em grupo para pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 9(2), 225-239.
- Da Matta, S. M. (2012). *Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar*. Belo Horizonte, MG. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 87p.
- Del Prette, G., & Meyer, S. B. (2014). Categorização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Questões metodológicas e resultados de pesquisa. In: *Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (Org.). A pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SiMCCIT - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica*. 1ed. São Paulo: Núcleo Paradigma, 2014, v. 1, p. 11-20.
- Delitti, M. (2008). Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. In: Delitti, A. M. C. & Derdyk, P. *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André: Esetec Editores, 33-58.
- Dias, M. S. L., Cardoso, T. (2012). As práticas do psicólogo no CAPS e a aprendizagem grupal. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 247-253.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de contingências de orientações e auto-orientações em intervenções clínicas comportamentais*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Donadone, J. C.; Meyer, S. B. (2014). Análise de contingências envolvidas na orientação. A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica). 1ed. São Paulo: Paradigma ed. e Fapesp, v. 1, p. 79-105.
- Dos Santos, V. M. C. (2014). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 115p.

- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J.C.; Greenberg, L. S. Empathy. *Psychotherapy*, vol 48, nº1, p.46-49, 2011.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 1(1), 23-32.
- Falcone, E. M. O. (2002). Contribuições para o treinamento em habilidades de interação social. in: Hélio José Guilhardi; Maria Beatriz Barbosa Pinho Madi; Patricia Piazzon Queiroz; Maria Carolina Scoz. (org.). Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento. Santo André: ESETEC, 2002, v. 10, p. 91-104.
- Falcone, E. M. D. O., Gil, D. B., & Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estud. psicol.(Campinas)*, 24(4), 451-461.
- Faleiros, T. C., & Hübner, M. M. C. (2007). Efeito do reforçamento diferencial de resposta verbal referente à leitura sobre a duração da resposta de ler. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 307-316.
- Faria, A. D., Souza, L. D. M., Cardoso, T. A., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., Da Silva, R. A., Jansen, K. (2014). The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: a randomized clinical trial. *Psychology research and behavior management*, 7, 167-174.
- Fernandes, F. A. D. (2012). *Relação terapêutica: uma análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em sessões iniciais de terapia*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 175p.

- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. *Princípios do comportamento*, São Paulo: HUCITEC, 699-725.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev saúde pública*, 34(2), 178-83.
- Fogaça, F. F. S., Bolsoni-Silva, A. T., & Meyer, S. B. (2014). Interação terapêutica: Considerações sobre os efeitos dos comportamentos de empatia, interpretação e orientação. *Acta Comportamental*, 22(2), 218-226.
- Fogaça, F. F. S., Bolsoni-Silva, A. T., & Meyer, S. B. (2014). Intervenção analítico-comportamental de grupo: descrevendo categorias de comportamento dos participantes. In: Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir dos instrumentos SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica): volume 2*. 1ed. São Paulo: Núcleo Paradigma Ensino e Consultoria em Psicologia Ltda, 2014, v. 2, p. 39-56.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2006). Patients' expectancies, the alliance in pharmacotherapy, and treatment outcomes in bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 671.
- Gomes, B. C. (2010) *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. São Paulo, SP. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 167p.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zuardi, Antonio, W. (2000). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial.

- Guilhardi, H. J. (1997). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica. In: Banaco, R. A. (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Vol. 1. Ed. ARBytes: São Paulo. 322-337.
- Guilhardi, H. J., & Queiroz, P. B. P. S. (1997). A análise funcional no contexto terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco da análise. In: Delitti, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. 1ed. Santo André: Editora ARBytes, 1997, v. II, p., 45-97.
- Harwood, M. D., & Eyberg, S. M. (2004). Therapist verbal behavior early in treatment: Relation to successful completion of parent–child interaction therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 601-612.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7), e1000316
- Ilgén, M. A., Czyz, E. K., Welsh, D. E., Zeber, J. E., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 115(1), 246-251.
- Kameyama, M. (2012). *Intervenções sobre comportamentos de clientes que produzem sentimentos negativos no terapeuta*. São Paulo, SP. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 114p.
- Kanamota, P. F. C. (2013). *Estudo da influência das respostas de empatia e recomendação do terapeuta na interação terapeuta-cliente e descrição de efeitos de um procedimento de intervenção para o tratamento de mães de adolescentes com problemas de*

- comportamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP.
- Kerbaux, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In: Delitti, A. M. C. & Derdyk, P. *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André: Esetec Editores, 17-29.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec, 238p.
- Lage, R. F.; Sztamfater, S.; Savoia, M. G. (2009). O papel da psicoeducação no cenário atual da saúde mental: relato de experiência com pacientes bipolares e portadores de fobia social e seus familiares. In: Wielenska, R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETec, 2009, v. 18, p. 335-344.
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Löhr, S.S. (2008). O uso de diagrama na análise funcional do comportamento - um recurso para a formação do psicólogo clínico. In: Wander, C.M. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec, 2008, v. 22, p. 113-117.
- Machado, D. E. S. (2015). *Efeitos de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo-Bipolar*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, 106f.
- Melo, E. M. O., Aureliano, L. G., Zamignani, D. R. (2014). Classificação dos comportamentos verbais vocais do terapeuta de casal a partir do SiMCCIT: uma aplicação possível?. In: Zamignani, D. R., Meyer, S. B. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir dos instrumentos SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)*: volume 2. 1ed. São Paulo - SP: Núcleo Paradigma, v. 1, p. 59-74.

- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos?. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 8(2).
- Meyer, S. B. (2004a). Metodologia de pesquisa da interação terapêutica. In: Brandão, M. Z. S., Conte, F. C. S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Silva, V. M., Oliane, S. M. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição. Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta*. 1ed. Santo André, SP: ESETec, v. 13, p. 355-362.
- Meyer, S. B. (2004b). Processos comportamentais na psicoterapia. *Ciência do Comportamento: conhecer e Avançar*, 4, 151-157.
- Meyer, S. B., Oshiro, C., Donadone, J. C., Mayer, R. C. F., & Starling, R. (2008). Subsídios da obra *Comportamento Verbal* de BF Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 105-118.
- Miasso, A. I., do Carmo, B. P., & Tirapelli, C. R. (2012). Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 689-695.
- Mitsi, C. D. A., Silveira, J. M. D., & Costa, C. E. (2004). Treinamento de habilidades sociais no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1).
- Moraes, J. B. (2016). Maus-tratos na infância e suas consequências na psicopatologia de pacientes adultos com transtorno bipolar e transtorno depressivo maior em comparação com controles saudáveis. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 112f.
- Moskorz, L., & Kubo, O. M. (2012). Desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica: tese de doutorado de Denis

- Zamignani, 2007. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(2), 64-69.
- Mussi, S. V., Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2013). Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 45-63.
- Nobile, G. F. G. (2016). Análise sequencial e de qualificadores na psicoterapia com universitários com ansiedade social. Bauru, SP. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 98p.
- Oliveira, R. Lfa. (2011). *Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 169 p.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. São Paulo, SP. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 170 p.
- Oshiro, C. K. B.; Meyer, S. B. (2014). Desafios metodológicos na pesquisa clínica: terapia com clientes difíceis. In: Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SiMCCIT - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica*. 1ed. São Paulo: Paradigma, 2014, v. 2, p. 105-144.
- Palhoco, A. R. D. M. S. (2011). *Estudo da empatia e da percepção de emoções em psicoterapeutas e estudantes de psicologia*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, 49p.
- Paulo, M. M. D., & Rondina, R. D. C. (2010). Os principais fatores que contribuem para o aparecimento do Transtorno Desafiador Opositor. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 01-07.

- Pellegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. São Paulo, SP. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 152p.
- Pellegrinelli, K. B., de Costa, L. F., Silva, K. I., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(2), 153-158.
- Rodrigues, B. D.; Lima, C. F.; Zamignani, D. R.; Malavazzi, D. M.; Simões Filho, E.; Prette, G.; Mazer, M.; Zuccolo, P. F.; Banaco, R. A.; Almeida, T. A.; Mangabeira, V. (2014). Efeitos de intervenções reflexivas sobre o repertório do cliente no processo terapêutico analítico-comportamental. In: Meyer, S;. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir dos instrumentos SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. 1ed. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, 2014, v. 2, p. 145-.
- Rosenfarb, I. S. (1992). Uma interpretação analítica comportamental da relação terapêutica (LA Onesti, Trans.). *The psychological record*, 42, 341-354.
- Rossi, P. R. (2012) *Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 148p.
- Rossi, P. R.; Meyer, S. B. (2014). Reflexões sobre algumas Categorias do SiMCCIT na perspectiva de uma pesquisadora terapeuta. In: Denis Roberto Zamignani; Sonia Beatriz Meyer. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: o desenvolvimento do SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. 1ed. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, 2014, v. 1, p. 74-.

- Sadi, H. D. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 105p.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (R. Azzi; Andery, M.A, Trads.) Campinas: Editorial Psy. (Originalmente publicado em 1989).
- Silvares, E. F. M; Gongora, M. N. A. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, 138f.
- Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapeuta-cliente: Uma investigação com base na queixa clínica. In: Kerbauy, R. R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. 5ed. Santo André, v. 5, 209-216.
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela. In: Kerbauy, R. R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. 5ed. Santo André, v. 5, 229-233.
- Skinner, B. F. (1969/1980). *Contingências de reforço. Uma análise teórica*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Pensadores-originalmente publicado em 1969).
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e comportamento humano* (Vol. 10). São Paulo: Martins Fontes.
- Soares, M.R.Z. & Mussi, S.V. (2013). *Tratamento Analítico-Comportamental do Transtorno Afetivo Bipolar*. São Paulo: Zagodoni.
- Souza, F. G. M. (2011). Tratamento de manutenção no Transtorno Bipolar. *Revista Debates em Psiquiatria*, 1(5), 21-33.

- Sylvia, L. G., Hay, A., Ostacher, M. J., Miklowitz, D. J., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., ... & Perlis, R. H. (2013). Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(3).
- Taccola, P. A. (2007). *A Psicoterapia Analítico-Funcional e relato de sentimentos: um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Tourinho, E. Z., Neno, S., Batista, J. R., Garcia, M. G., Brandão, G. G., Souza, L. M., ... & Oliveira-Silva, M. (2007). Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 317-336.
- Tozze, K. F., Bolsoni-Silva, A. T., Garcia, V. A., & Nunes, P. L. (2015). Análise da interação terapeuta-cliente em sessões iniciais de atendimento. *Perspectivas em análise do comportamento*, 6(1), 24-39.
- Vandenberghe, L. M. A. (2000). A Terapia Comportamental do Transtorno Obsessivo Compulsivo. In: Kerbauy, R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec, 2000, v. V, p. 261-268.
- van Gent, E.; Vida, S.; Zwart, F. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 88(5-6):405-418, 1988.
- Villani, M. C. S. (2004). Considerações sobre o desempenho do terapeuta comportamental. *Ciência do comportamento: conhecer e avançar*. São Paulo: Esetec, p. 25-30.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record*, 66(4), 599-609.

- Vinogradov, S., Yalom, I.D. (1992). *Psicoterapia de Grupo: um manual prático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 215p.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 329p.
- Zamignani, D. R.; Banaco, R. A.; Meyer, S. B. (2014). Possibilidades de sistematização dos dados. In: Zamignani, D. R.; & Meyer, S. B. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: O desenvolvimento do SiMCCIT Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica*. 1ed. São Paulo: Paradigma, v. 1, p. 107-126.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014). *A pesquisa de processo em psicoterapia: o desenvolvimento do SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica): volume 1*. 1. ed. São Paulo - SP: Núcleo Paradigma, 2014. v. 2. 312p.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014b). *A pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SiMCCIT*. São Paulo, SP: Paradigma.
- Zimmermann, I. R., Kiyomoto, H. D., Fernandes, R., Alexandre, M. R. C. N., & Diaz, M. D. M. (2015). Custo-efetividade do uso associado de estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos na terapia de manutenção do transtorno bipolar no Sistema Único de Saúde. *Jornal Brasileiro de Economia e Saúde*, 7(2), 76-85.
- Yano, Y., Meyer, S. B. (2004). Sistematização de Observações Informais em Psicoterapia. In: Brandão, M.Z.S., Conte, F.C.S., Brandão, F.S., Ingberman, Y.K., Moura, C.B., Oliane, S.M. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. 1ªed. Santo André: Esetec Editores Associados, v. 13, p. 384-387.

Wilson, K. G & Soriano, M. C. L. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

APÉNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu _____, **nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº** _____, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Análise da interação terapêutica em grupo para clientes com Transtorno Bipolar”, a que tiver acesso.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. Guardar e manejar os conteúdos de registro apenas em local seguro, protegido da observação de terceiros;
2. Manter sigilo quanto aos dados referentes aos participantes como identidade ou qualquer outra informação;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não efetuar cópias do material referente a pesquisa (vídeos, áudios, transcrição de sessões).

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, ___/___/____.

Ass. _____
Nome do Colaborador

APÊNDICE B

RESULTADO DA ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE OBSERVADORES

	Sessão 4	Sessão 6	Sessão 9	Total
Proporção de Concordância	63 %	63 %	66 %	64 %
<i>Kappa</i>	0,63265	0,63495	0,66802	0,64594

	<i>Kappa</i>			
	Sessão 4	Sessão 6	Sessão 9	Total
APR	0,49206	0,52778	0,66667	0,58974
EMP	0,78947	0,46667	0,2381	0,73077
FAC	0,8999	0,98611	0,92857	0,96875
INF	0,7	0,73913	0,72093	0,72093
INT	0,33331	0,53846	0,53846	0,5
REC	0,625	0,2963	0,6087	0,5
REP	0	0	0	0
SRE	0,83333	0,78261	0,85714	0,87654
SRF	0,53571	0,3871	0,59091	0,49383
TOU	0,24706	0	0	0,2207
REL	0,80233	0,78231	0,86905	0,81073
CER	0,38095	0,37778	0,375	0,37755
CON	0,92307	0,76923	0,92105	0,84466
SOL	0,49206	1	0,84615	0,78788
MEL	1	0,09912	0,36333	0,27273
MET	0	0	1	0,38065
OPO	0	0	0	0
COU	0,64706	0,46667	0,32275	0,55556
C APR	0	0,71427	0,64284	0,6129
C DES	0	0	0	0
C EMP	0,38454	0,5871	0,33333	0,45
C FAC	0	0,24706	0	0,24706
C INF	0	0	0,55469	0,45428
C INT	0,33333	0,45428	0,225	0,26923
C REC	0,2	0,23068	0	0,16667
C REP	0,2381	0,13611	0,21424	0,20833
C SRE	0,33333	0,79355	1	0,7998
C SRF	0	0,33333	0	0,33333

ANEXOS

ANEXO A

CATEGORIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS VERBAIS VOCAIS DO TERAPEUTA E CLIENTE (Zamignani & Meyer, 2014)

CATEGORIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO VERBAL VOCAL DO TERAPEUTA

As categorias a seguir referem-se a verbalizações do terapeuta dirigidas ao cliente.

As verbalizações do terapeuta podem se referir a (a) ações do cliente e/ou de terceiros; (b) sentimentos, pensamentos ou tendências à ação do cliente ou do terapeuta; (c) aspectos da história de vida do cliente ou do terapeuta; (d) eventos ambientais relacionados ou não ao comportamento do cliente.

Os eventos referidos em sessão podem ser relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Os eventos referidos podem ter (a) ocorridos/ relatados imediatamente antes; (b) ocorridos/ relatados em outros momentos da mesma sessão; (c) ocorridos/ relatados em um passado recente ou remoto ou em sessões anteriores.

TERAPEUTA SOLICITA RELATO

Sigla: SRE

Nome Resumido: SOLICITAÇÃO DE RELATO

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nesta categoria

1. Solicitação de informações sobre fatos: Terapeuta solicita que o cliente descreva fatos ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente.

Exemplos:

- T: Me conta... Por que é que você está procurando terapia? [SRE]
- T: E quando é que isso começou? [SRE]
- T: Você consegue lembrar-se de um exemplo específico no qual isso aconteceu? [SRE]

2. Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos ou tendências à ação imediata.

Exemplos:

- T: Como você se sentiu quando ele te falou isso? [SRE]
- T: Em que momentos você tem se sentido assim? [SRE]
- T: O que você teve vontade de fazer nessa hora? [SRE]
- T: E o que você pensou antes de fazer o ritual? [SRE]

Caracterização geral da categoria

Solicitação de relato contempla verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Ocorre tipicamente em situações relacionadas à coleta de dados e levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico.

TERAPEUTA FACILITA O RELATO DO CLIENTE

Sigla: FAC

Nome resumido: Facilitação

Categoria tipo: Evento

Estão inclusos nessa categoria

1. Verbalizações mínimas: Verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplos:

- T: certo
- T: sei...

2. Expressões paralinguísticas: Vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplos:

- T: Hum hum

Caracterização geral da categoria

FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) FACILITAÇÃO só é categorizada se ocorrer enquanto o cliente tiver a palavra. Não é categorizada quando ocorrer ao longo de pausas de três segundos ou mais na conversação.

(b) Nunca devem ocorrer duas falas seguidas categorizadas como FACILITAÇÃO. FACILITAÇÃO nunca é categorizada em dobro.

Exemplo:

- C: Eu acho que talvez seja uma coisa nova também, sabe essa coisa de auto-dialogo, então não é assim...

T: Hum hum... Sei... [codificar apenas uma ocorrência de FACILITAÇÃO]

(c) Uma verbalização curta que sugerir um pedido de esclarecimento ou complementação sobre algum relato do cliente deve ser categorizada como SOLICITAÇÃO DE RELATO, e não FACILITAÇÃO.

Exemplo:

- C: Ah, as coisas até que tão indo bem...

T: ...mas... [SOL]

C: Mas aqueles pensamentos continuam me incomodando do mesmo jeito... às vezes acho que isso nunca vai ter fim...

(d) Na dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

TERAPEUTA DEMONSTRA EMPATIA

Sigla: EMP

Nome resumido: Empatia

Categoria tipo: estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Nomeação e inferência de sentimentos:** Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente.

Exemplos:

- T: Imagino o quanto isso te deixa ansioso. [EMP]
- T: Entendo que você fique muito irritado com isso. [EMP]
- T: Vejo que essa tem sido uma parte crucial da sua vida. [EMP]

2. **Normalizações e validação de sentimentos:** Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado).

Exemplo:

- T: Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranquilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso. [EMP]

3. Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

- C: Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente...
T: sério? [EMP]
- C: Na quarta feira ele me ligou e não me encontrou... um monte de vezes... o Luciano quando atende fala “minha mãe, como sempre, batendo perna!” (risos)
T: Olha só! O Luciano já estabeleceu um contato bom com ele! [EMP]

4. Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando não acompanha crítica ou explicação.

Exemplo:

- T: Como é que você está? Na semana passada você estava super-resfriada. [EMP]

5. Autorevelações sobre experiências similares: terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugerir validação ou compreensão da condição do cliente.

Exemplo:

- 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 certo... posso imaginar o quanto você está frustrada...[EMP]

6. Validação de discordâncias ou críticas do cliente: Terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas.

Exemplo:

- C: Estou frustrado. Eu fiz tudo o que você me pediu e você não foi capaz de me ajudar pra que meu filho largasse as drogas.

T: Eu gostaria muito de tê-lo ajudado para mudar essa situação. Eu me pergunto o que poderia ter sido diferente, mas o fato é que não foi possível e eu também me sinto frustrado por isso. [EMP]

7. Humor: Verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele).

Exemplo:

- C: É, mas eu não dei [o beijo que o namorado havia pedido], claro, falei "magina, tô dirigindo, olha o trânsito!", nessas alturas o trânsito ridículo, na Castelo, né? Mas eu nem senti passar...

T: Quanto mais trânsito melhor, que cê fica mais tempo com ele. (risos) [EMP]

8. **Apoio:** Terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação.

Exemplos:

- T: Eu não sei qual será a sua decisão nesse caso, mas qualquer que ela seja, eu tô do seu lado. [EMP]

- T: Conte comigo. [EMP]

9. **Paráfrases:** Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente).

Exemplo:

- T: E você perde seu emprego e está muito difícil encontrar um outro. (resumindo descrição do cliente). [EMP]

10. **Comentários de entendimento:** Comentários breves apresentados após um relato do cliente, constituídos por pequenos fragmentos do próprio relato, ou por palavras que complementam o relato.

Exemplos:

- C: ...deixei bem agradável, a cozinha com toalha bonita, e a sala, tal, e no Sábado falei pra caseira: "cê lava a varanda, coloca essa toalha na mesa da varanda, nesse tripé de ferro fundido coloca um vasinho". Ela até nem colocou o meu, ela foi pegar um dela, de onze horas amarelas, assim.

T: Todo mundo ajudando. [EMP]

- C: Daí, ficamos até de noite, fiquei lá, falei, vou dar uma ligada.

T: E ele no plano de sedução... [EMP]

Caracterização geral da categoria

EMPATIA contempla ações ou 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 ("eu entendo você e o aceito como você é").

Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição.

TERAPEUTA FORNECE INFORMAÇÕES

Sigla: INF

Nome resumido: Informação

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Informações factuais:** dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão.

Exemplos:

- C: Eu penso em fazer uma especialização em biologia.
T: Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório. [INF]
- C: Minha prima está tratando da depressão com o psiquiatra X. Você conhece?
T: Não. Não conheço um médico com esse nome. [INF]
- C: Você já atendeu casos como esse?
T: Sim, muitos. [INF]

2. **Explicações de eventos:** descrição de **RELAÇÕES** explicativas ou causais entre eventos - **RELAÇÕES** do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

- T: Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. Por exemplo, quando a gente entra em contato com alguma coisa da qual a gente tem muito medo, isso pode provocar um ataque de pânico. [INF] (*) a explicação dada pelo terapeuta não se refere a um comportamento em particular ou a algum padrão comportamental do cliente identificado, e sim a informações sobre fatos advindos da literatura da área.

3. **Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos:** informações sobre padrões recorrentes de contiguidade temporal entre eventos (relações do tipo “o evento X ocorre quando Y ocorre...”) ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente) apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

- T: Pessoas que têm problemas com álcool, geralmente têm uma má qualidade de sono. [INF]

- T: É muito comum que a gente tenha um pouco de dor de cabeça ou enjoo logo que começa a tomar o medicamento antidepressivo. Mas depois de uns quinze dias tudo volta ao normal. [INF]

4. Explicações teóricas e experimentais sobre eventos: Descrição de proposições teóricas ou achados experimentais relativos ao assunto em discussão.

Exemplos:

- T: Não há a necessidade biológica de se dormir por oito horas. A quantidade de sono necessária para cada um é também aprendida. [INF]
- T: O desempenho em testes tende a ser melhor depois de uma noite bem dormida. [INF]

5. Informações sobre o contrato terapêutico: descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acerto de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre).

Exemplos:

- T: Nós nos encontraremos duas vezes por semana. [INF]
- T: Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa e vamos terminar com um exercício de relaxamento. [INF]
- T: O valor da sessão é \$\$\$. [INF]
- T: Não tem nada sistematizado, do tipo “eu vou ter que ir por aqui, depois por aqui, depois ali, tá?” Então, fica à vontade. A gente vai indo. Não se preocupe com essa coisa da, dessa resistência, desse receio. É natural. Então relaxa. Com o andamento das sessões você vai se sentindo mais à vontade [INF]

6. Descrição de estratégias, procedimentos ou do programa terapêutico: descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão.

Exemplos:

- T: Durante a exposição nós vamos trazer para a sessão algo que você teme e você deverá permanecer em contato com ele sem que você faça o ritual. [INF]
- T: O exercício de relaxamento que eu vou te ensinar agora serve para você controlar a sua ansiedade nas situações mais difíceis... você deve respirar em quatro tempos, contando até quatro bem devagar em cada um deles... inspira em quatro... segura quatro... solta em quatro... e segura quatro... mas precisa ser treinado com frequência para que você possa ter um melhor domínio sobre sua ansiedade. Se você deixar pra treinar na hora da crise de ansiedade não vai funcionar. [INF]

7. Justificativas de intervenções: Terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

Exemplo:

- T: Eu não gosto desse tipo de procedimento, mas é o único que vai te ajudar nesse momento. [INF].

Caracterização geral da categoria

INFORMAÇÃO contempla 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.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) Se uma pergunta for feita como parte de uma verbalização de INFORMAÇÃO, ou como pedido de confirmação de INFORMAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência de INFORMAÇÃO.

Exemplo:

- T: A [Universidade] também é excelente. Ela só não é tão famosa quanto a [Universidade], sabe?[INF]

(b) Verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas, quando emitidas pelo terapeuta após um pedido de confirmação do cliente sobre seu entendimento do que ele está dizendo, serão categorizadas como INFORMAÇÃO.

(c) FACILITAÇÃO precede INFORMAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO

Sigla: SRF

Nome resumido: Solicitação de Reflexão

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Solicitação de análise:** terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita – imediatamente na sessão ou após seu término – a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre eventos.

Exemplos:

- 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 [SRF]
- T: E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu? [SRF].

- 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? [SRF].

2. **Solicitação de avaliação:** terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

- T: O que você achou da reação dele? [SRF].
- T: Você acha correta a forma com que ele agiu? [SRF].

3. **Solicitação de previsão:** Terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros.

Exemplos:

- T: Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele? [SRF].
- T: E agora, o que você acha que vai acontecer? [SRF].

4. **Solicitação de observação:** Terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

Exemplos:

- T: Eu gostaria que você registrasse as situações que te provocam ansiedade, para que possamos discutir na semana que vem. [SRF]
- T: Vamos fazer uma coisa... eu quero que você anote em um caderninho o que você comeu em cada refeição, a que horas você comeu, e se aconteceu algo relevante naquele dia ou logo antes de você comer. [SRF]
- T: Então... Eu quero que você anote pra mim as situações dentro da sua casa, nas quais você faz o ritual. Então, escreve assim " quando eu entro no quarto... eu penso em tal coisa e preciso fazer tal coisa...". Então você pode até anotar só as situações que te deixam ansiosa, tipo, no quarto, a torneirinha do gás que está lá fora... algumas das coisas fixas da sua casa, que ao ver, ou simplesmente saber que estão lá, você inicia o ritual. [SRF]

Caracterização geral da categoria

SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO contempla 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 autoregras.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Quando uma pergunta do terapeuta do tipo “por que” solicita apenas esclarecimento sobre um evento em discussão na sessão, não envolvendo um pedido de interpretação sobre hipóteses ou relações causais por parte do cliente, não categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(b) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO. Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, prefira SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(c) Quando uma SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do tipo Solicitação de Observação é acompanhada de INFORMAÇÃO sobre razões pelas quais o cliente deve fazer aquela observação, registre a ocorrência de ambas as categorias – SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e INFORMAÇÃO – cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

- T: Eu vou sugerir uma coisa... quero que você faça um tipo de anotação pra mim, durante essa semana. Eu vou te dar certinho o que você precisa anotar e você vai fazer toda vez que aparecer esse tipo de pensamento [SRF]. Porque se você me descrever na hora o que aconteceu, eu vou ter ideia do tempo que você demorou pra fazer cada ritual, vou ter ideia do que está acontecendo. Com isso, a gente tem uma base boa pra estar trabalhando. Durante uma semana a gente tem uma medida legal de como é que isso ocorre ao longo do dia. [INF]

TERAPEUTA RECOMENDA OU SOLICITA A EXECUÇÃO DE AÇÕES, TAREFAS OU TÉCNICAS

Sigla: REC

Nome resumido: Recomendação

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Conselhos:** Terapeuta especifica ações ou sequências de ações a serem executadas ou evitadas pelo próprio cliente dentro ou fora da sessão. As ações podem ser abertas (respostas passíveis de serem observadas por outros, que não o próprio cliente) ou encobertas (respostas passíveis de ser observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos).

Exemplo:

- T: Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações. [REC]
- T: Faça a prova amanhã, antes que você esqueça a matéria. [REC]
- T: Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas. [REC]
- T: Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas. [REC]
- T: Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle. [REC]
- T: Quando você for enfrentar a situação, lembre-se de todas as vezes que você teve sucesso. [REC]
- T: Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando. [REC]

2. **Modelo:** Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar.

Exemplos:

- T: Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar. [REC]
- T: Tente repetir a sequência do jogo assim como eu fiz. [REC]
- T: Eu vou falar como eu acredito que você deveria conversar com o seu chefe. [REC]
- T: Observe agora como eu estou fazendo para depois você fazer o mesmo. [REC]

3. **Incentivo:** terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento.

Exemplos:

- T: Tenho certeza que você é capaz de fazer isso. [REC]
- T: Faça dessa forma e muito em breve você estará livre disso. [REC]

4. **Estruturação de atividade:** terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório.

Exemplos:

- T: Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente. [REC]
- T: Agora vamos fazer um exercício de exposição: experimente pegar na maçaneta dessa porta e ficar por quinze minutos sem lavar as mãos. [REC]
- T: Esse assunto é bastante importante. Vamos voltar a falar sobre ele na próxima sessão. [REC]
- T: Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando. [REC]

5. Permissão, proibição ou solicitação de parada: ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.

Exemplos:

- C: Eu posso anotar tudo à noite, antes de dormir ou tenho que fazer na hora em que acontece?
- T: Faça como você achar melhor. O importante é que você registre o máximo de situações que ocorrerem ao longo do dia. [REC]
- T: Por favor, preste atenção enquanto eu estou falando. [REC]
 - T: Eu gostaria que você não colocasse os pés no sofá. [REC]
 - T: Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala. [REC]

Caracterização geral da categoria

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 categoria também como aconselhamento, orientação, comando, ordem.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) Confirmações em resposta a perguntas do cliente sobre como proceder são consideradas RECOMENDAÇÃO.

(b) Qualquer permissão ou proibição do terapeuta a respeito de ações a serem executadas dentro ou fora da sessão é categorizada como RECOMENDAÇÃO.

(c) Verbalizações do terapeuta que ocorrerem durante uma atividade ou técnica desenvolvidas dentro da sessão terapêutica são categorizadas de acordo com sua forma e função características, devendo ser categorizada como RECOMENDAÇÃO apenas a solicitação para que o cliente se engaje na técnica/exercício.

(d) Solicitações que requerem uma ação dentro da sessão são consideradas RECOMENDAÇÃO, com exceção de solicitações ou perguntas que solicitam explicitamente a descrição ou a confirmação de eventos (que são categorizadas como SOLICITAÇÃO DE RELATO).

(e) Perguntas do terapeuta ou falas em forma imperativa que solicitam que o cliente descreva eventos, mesmo que sobre temas diferentes daquele em curso na sessão, ou que mudam a direção da conversação, não são consideradas RECOMENDAÇÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(f) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(g) Verbalizações em que o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, será categorizado EMPATIA.

(h) EMPATIA precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(i) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de justificativas para o cliente segui-la ou indica que o cliente pode melhorar caso realize as ações ou tarefas propostas, devem ser inseridas as categorias RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização.

(j) Verbalizações do terapeuta durante um exercício ou atividade, tal como role-playing ou viagem de fantasia são categorizadas de acordo com suas categorias correspondentes, sendo categorizada INFORMAÇÃO para as instruções do terapeuta e RECOMENDAÇÃO para o cliente se engajar no exercício.

(k) INFORMAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não for especificada a topografia da resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos. Tais orientações são consideradas RECOMENDAÇÃO quando a verbalização do terapeuta especificar a topografia da resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a modificar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa.

Exemplos:

- T: Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento. [SRF] * Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.
- T: Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou. [REC] * Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se portanto como uma RECOMENDAÇÃO.

(m) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

TERAPEUTA INTERPRETA

Sigla: INT

Nome resumido: Interpretação

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

- T: Porque quando você faz isso, você fica mais em contato com você. Porque se você começa a negar... .. Você começa a perder contato com aquilo que você sente. Assim: como é que as coisas que acontecem no mundo me afetam? Entendeu? [INT]

- C: ... não estou conseguindo... tudo aquilo que eu me propus a fazer eu fico enrolando... acho que eu to muito desmotivado...

T: Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. Muito do que a gente faz, pra que a gente se mantenha fazendo depende da consequência daquilo que a gente faz. Quando a gente faz uma coisa que tem um a consequência imediata, legal. A tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende não fazer mais. [INT]

- 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. Portanto, não existe nada que te motive a continuar procurando. [INT]

2. Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou

de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contiguidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente.

Exemplos:

- 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...” [INT]
- T: Você já notou que, sempre que há alguma situação muito difícil pela frente, você fica doente? [INT]
- T: Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando... [INT]
- 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... [INT]

3. **Diagnóstico:** apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Exemplos:

- C: Você acha que eu estou deprimido?
T: Você parece mais ansioso que deprimido [INT]
- T: Isso que você acabou de descrever é conhecido pela psiquiatria como Transtorno Obsessivo-Compulsivo. (após a descrição do cliente de sua queixa) [INT]

4. **Devolutiva de avaliação padronizada:** apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica.

Exemplo:

- T: O teste indica que você tem maior interesse por profissões relacionadas ao cuidado e atendimento de pessoas. [INT]

5. **Estabelecimento de síntese:** Verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente.

Exemplo:

- T: Então, você está dependente de álcool... já deve estar começando a beber de manhã, eu suponho. [INT]

6. **Metáforas ou analogias explicativas:** descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas.

Exemplos:

- T: Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu lembrei daquelas mulheres que na hora de transar dizem "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça". [INT]

- C: De fato, ele é muito baixinho... eu acho que não ia dar certo mesmo...

T: É... as uvas estão verdes... [INT]

7. **Inferências:** suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente. (Esse critério diferencia essa subcategoria de interpretação da categoria EMPATIA).

Exemplo:

- T: Imagino que ele tenha sido extremamente gentil nas primeiras semanas e depois... [INT]

8. **Normalizações:** terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado.

Exemplo:

- T: Isso é normal... adolescentes tendem a agir dessa forma. Daqui a pouco ele vai voltar a se aproximar... [INT]

9. **Descrição de processo:** Terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo.

Exemplo:

- C: Por que às vezes as coisas empacam entendeu?

T: É eu sei, e não é de hoje, né? Não é de hoje a coisa vem e vai piorando, piorando, não sei, acho até que hoje você convive melhor. [INT]

10. **Previsões:** suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

- T: Acredito que a próxima coisa que ele vai fazer é te convidar para sair... [INT]

9. **Discordâncias:** Terapeuta aponta julgamento diverso daquele apresentado pelo cliente, a respeito de ações ou verbalizações do cliente (sejam relatadas pelo cliente, sejam observadas pelo terapeuta).

Exemplo:

- T: Eu não vejo dessa forma. Entendo que há outras explicações para o que aconteceu. [REP]

- T: Acredito que assim você poderia criar uma situação muito difícil. Não sei se eu faria desse jeito. [REP]

12. **Indicação de contradição:** terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente.

Exemplo:

- T: Você estava dizendo há pouco que seu marido não lhe dá a menor atenção, mas agora você está me dizendo uma série de cuidados que ele tem com você. [INT]

Caracterização geral da categoria

INTERPRETAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contiguidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação do cliente e/ou de terceiros. (*) Este critério diferencia esta categoria de INFORMAÇÃO que, por sua vez, contém explicações a respeito de outros eventos que não o comportamento 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.

Critérios de inclusão ou exclusão

- (a) A categorização de um trecho como INTERPRETAÇÃO independe da precisão ou correção da análise feita pelo terapeuta, ou de sua concordância por parte do cliente.
- (b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INTERPRETAÇÃO ou como pedido de confirmação de INTERPRETAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registrar-se-á unicamente a ocorrências da categoria em questão.
- (c) Verbalizações do terapeuta que repetem ou confirmam para o cliente o conteúdo de uma INTERPRETAÇÃO que o terapeuta acabou de apresentar (por meio de repetição, verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas) são categorizadas como INTERPRETAÇÃO.
- (d) Um segmento de verbalização do terapeuta é categorizado como INTERPRETAÇÃO apenas se a relação apresentada, de alguma forma, acrescenta informações novas ou muda o significado do relato apresentado pelo cliente. Quando um resumo ou síntese não muda o sentido do que foi dito pelo cliente, classifique como EMPATIA.
- (e) Quando uma inferência por parte do terapeuta se refere à ocorrência de sentimentos ou emoções do cliente, sua fala é categorizada como EMPATIA.
- (f) Verbalizações que sugerem que algum evento é normal, ou esperado, quando têm como ênfase a validação de um sentimento relatado pelo cliente, categorize EMPATIA; quando ocorrerem de forma a explicar algum comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INTERPRETAÇÃO; quando se referem a outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INFORMAÇÃO.

(g) Verbalizações em que o terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente são tipicamente categorizadas como EMPATIA, mas quando são acompanhadas de explicação, codifique apenas a categoria INTERPRETAÇÃO.

Exemplo:

- T: O que me preocupa é a função que o álcool está exercendo em sua vida. O uso do álcool em situações sociais é tranquilo, mas você o está usando para alívio da ansiedade, como se fosse um remédio. E essa função do álcool é perigosa porque favorece a dependência. [INT].

(h) EMPATIA precede INTERPRETAÇÃO. Quando em dúvida entre EMPATIA e INTERPRETAÇÃO, categorize EMPATIA.

(i) Quando o terapeuta fornecer descrições de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", a respeito de outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, categoriza-se INFORMAÇÃO.

(j) Quando o terapeuta retomar assuntos ou diálogos discutidos anteriormente, estabelecendo alguma relação explicativa sobre o comportamento do cliente ou de terceiros, não é registrada a categoria INFORMAÇÃO, e sim INTERPRETAÇÃO.

(k) Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Quando uma verbalização do tipo "se... então" sugere que o cliente pode melhorar caso realize determinadas ações ou tarefas propostas pelo terapeuta, são categorizadas ambas as categorias - INTERPRETAÇÃO e RECOMENDAÇÃO -, cada uma no respectivo segmento da verbalização, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(m) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de justificativas, é registrada a ocorrência de ambas as categorias - INTERPRETAÇÃO e RECOMENDAÇÃO -, cada uma no segmento apropriado da interação, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(n) Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INTERPRETAÇÃO. INTERPRETAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO.

(o) Quando uma discordância ou indicação de contradição forem emitidos de forma crítica ou sarcástica, categorize REPROVAÇÃO.

(p) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize REPROVAÇÃO. REPROVAÇÃO precede INTERPRETAÇÃO.

TERAPEUTA APROVA OU CONCORDA COM AÇÕES OU AVALIAÇÕES DO CLIENTE

Sigla: APR

Nome resumido: APROVAÇÃO

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente:** terapeuta expressa julgamento favorável a ações, características ou aparência do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

- T: Você tomou a decisão certa, está lidando com isso muito bem! [APR]
- T: Você está de parabéns! Sua condução foi perfeita! [APR]
- T: Que lindo esse teu colarzinho! [APR]

2. **Descrição de ganhos terapêuticos:** terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente.

Exemplo:

- 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! [APR]

3. **Verbalizações de concordância:** terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente.

Exemplo:

- T: Com certeza! Você tem toda a razão. [APR]

4. **Pseudodiscordância:** Terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características do cliente que ele considera positivas.

Exemplo:

- C: Eu só melhorei por causa da medicação.

T: De fato, a medicação pode te ajudar, mas se você não tivesse agido, tudo estaria igual. [APR]

5. **Relato de sentimentos positivos:** Terapeuta relata gostar do cliente, ou sentir-se bem em sua presença ou relata estar satisfeito com alguma ação realizada pelo cliente ou com o andamento da sessão.

Exemplos:

- T: Gostei muito da nossa sessão de hoje. Acho que falamos de assuntos bastante importantes. [APR]
- T: Você conversa super bem! É muito agradável conversar com você. [APR]

6. Exclamações e expressões de aprovação: Verbalizações exclamativas ou comentários em forma de exclamação ou interrogação, apresentados após a descrição de ações do cliente, sugerindo que tal ação foi aprovada pelo terapeuta.

Exemplos:

- C: Consegui recuperar a minha nota de matemática.

T: Que máximo!!! [APR]

- C: Consegui caminhar todos os dias essa semana.

T: É mesmo? [APR]

- C: Daí, fomos para a capela e me chamou a atenção o Bill, o cachorro do caseiro, porque desde pequeno ele me acompanha na capela... só que ele não entra. Então ele... põe o pezinho, ele só olha para mim ele tira o pé do piso e fica no cimento do lado de fora parado olhando, ele não entra ... é uma coisa bárbara você ver!

T: Nossa, e você ensinou ele... [APR]

7. Agradecimentos: terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.

Exemplo:

- C: Não, você é uma das responsáveis, eu tinha que dizer, não, eu faço questão, eu sou muito franca, sabe, de extrema transparência, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas, porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e tô tentando encontrar o caminho, não é?, Sem tanto medo de ser feliz.

T: Que bom, obrigada, fico muito contente. [APR]

Caracterização geral da categoria

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.

Critérios de inclusão ou exclusão:

(a) Quando aprovação é acompanhada de descrição do comportamento do cliente que foi alvo da aprovação, registre unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO.

Exemplo:

- C: Ele quis mudar e eu fiquei com medo de tomar, não comprei...

T: Porque você está ótima, né C., independentemente de estar tomando três o quatro comprimidos, você está conseguindo fazer muito mais coisas, tomar decisões... [APR]

C: É... e eu achei melhor ficar só com três.

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de APROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de APROVAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registrar-se unicamente a ocorrências da categoria APROVAÇÃO.

(c) Verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas de concordância emitidas pelo terapeuta após solicitação do cliente, ou imediatamente depois de o cliente ter terminado uma fala, são categorizadas como APROVAÇÃO (quando após o relato de ações do cliente) ou EMPATIA (quando após a descrição de outros eventos). FACILITAÇÃO só é categorizada se acontece enquanto o cliente tem a palavra. Não é codificado quando ocorre durante pausas de três segundos ou mais na conversação.

(d) FACILITAÇÃO precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(e) Comentários em forma de exclamação, quando apresentados após a descrição de outros eventos, que não ações do cliente, são categorizadas como EMPATIA. Quando tais comentários são apresentados após a descrição de ações do cliente, são categorizados como APROVAÇÃO.

(f) AUTOREVELAÇÃO: Verbalizações em que o terapeuta revela a própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA; quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO.

(g) EMPATIA precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(h) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas APROVAÇÃO quando a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente observe, entre em contato ou tome consciência de um ganho terapêutico, conquista ou progresso que ele (o cliente) tenha alcançado. São consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não for especificada a resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos. Tais orientações são consideradas RECOMENDAÇÃO quando especifica a a resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a alterar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa..

Exemplos:

- T: Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento. [SRF] (*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO porque o

que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema, e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

- T: Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou. [REC] (*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto, como uma RECOMENDAÇÃO.

- T: Presta atenção em como as coisas têm sido diferentes... olha quantas vezes você tem conseguido fazer as coisas sem a ajuda do seu marido... acho que isso é super importante... [APR] (*) Trata-se de APROVAÇÃO porque a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente tome consciência de um ganho terapêutico que ele (o cliente) alcançou.

(i) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

(j) APROVAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e APROVAÇÃO, categorize APROVAÇÃO.

(k) Quando uma aprovação é acompanhada de justificativas, registre a ocorrência de ambas as categorias – APROVAÇÃO E INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

- C: Ela: “então você não fica preocupada. Eu vou sair com o A.”. Eu digo: “ah! Que bom! Vai, sim! Foi legal a senhora Ter ligado!”

T: Ótimo... [APR] Você notou que, das últimas conversas que você teve com ela, essa é a primeira em que você fica do lado dela? Você deu um apoio, e o engraçado é que a reação dela foi assim: “é... acho que é isso mesmo...”. O contrário do que sempre fez. [INT]

C: O contrário do que sempre fez.

(l) Quando a descrição pelo terapeuta de algum ganho, progresso ou conquista do cliente for analisada como relacionada a algum outro evento, tal como a análise de consequências que poderiam ser obtidas por meio daquele comportamento ou análise de variáveis que propiciaram aquela mudança do cliente, categorize apenas INTERPRETAÇÃO. Em casos em que o terapeuta parabeneze ou elogie o cliente antes ou depois de apresentar a análise do evento, categorize APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada qual no seu respectivo segmento, conforme descrito no critério anterior (k).

(m) INTERPRETAÇÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize a segunda.

TERAPEUTA REPROVA OU CRITICA AÇÕES OU VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE

Sigla: REP

Nome resumido: REPROVAÇÃO

Categoria tipo: Estado

Estão inclusas nessa categoria

1. **Confronto:** terapeuta apresenta, de forma crítica ou sarcástica, julgamento desfavorável a respeito de ações, avaliações, afirmações ou características do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplo:

- T: As coisas são muito mais simples do que você pinta. [REP]

2. **Crítica:** Terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

- 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]

3. **Ironia:** comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao cliente. Comentários do terapeuta que sugerem incredulidade a respeito de relatos do cliente sobre o que disse ou fez. (*) nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplos:

- T: Você de fato pensa que sua mãe deveria deixá-lo vir para casa quando você quer? [REP]
- T: Eu vou pegar uma xícara de café. Eu estou perdido. [REP]
- T: Você tá fumando com essa tosse? (sorrindo). [REP]

4. **Ameaça:** terapeuta prevê consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça.

Exemplos:

- T: Você pode escolher fazer isto deste modo ou ser miserável o resto de sua vida. [REP]
- 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... [REP]

5. **Paráfrase crítica:** terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente, explicitando uma crítica ou apontando uma falta ou erro do cliente.

Exemplos:

- T: Eles pegaram a recompensa mesmo quando eles não a tinham merecido? (pergunta apresentada em tom hostil após a cliente ter dito que havia prometido recompensa aos filhos após uma tarefa e que os filhos não cumpriram a tarefa, mas ela os recompensou). [REP]
- T: Você quer dizer que você o deixa dormir em sua cama e ele a molha toda noite? (risada) [REP]
- T: Você o deixou escolher seu próprio castigo? [REP]

6. Autorevelações desafiadoras: terapeuta relata sua experiência com relação a um evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir.

Exemplo:

- T: Quando eu resolvi sair da casa de meus pais eu tinha plena consciência de que eu deveria me sustentar, e não ficar esperando que meus pais me ajudassem. [REP]

7. Relato de sentimentos negativos: terapeuta relata não gostar do cliente ou de algo que ele faça ou estar insatisfeito com algum aspecto relativo ao seu comportamento.

Exemplos:

- T: Eu vou continuar a atendê-lo por que para mim é um desafio, mas eu não gostei de você. [REP]
- T: Eu fico muito irritado quando você fala comigo dessa forma e quando isso acontece, a vontade que eu tenho é de te tratar da mesma forma. [REP]

8. Advertência: terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.

Exemplo:

- T: Eu quero ajudá-la, mas é impossível fazermos alguma coisa com tantos atrasos... hoje você chegou 40 minutos atrasada... o que nós podemos fazer em dez minutos? [REP]

Caracterização geral da categoria

REPROVAÇÃO é caracterizada por verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavorável 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 frequentemente associada na literatura clínica a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica.

Crítérios de inclusão ou exclusão

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de REPROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de reprovação apresentada pelo terapeuta, não é considerada a

ocorrência de SOLICITAÇÃO DE RELATO, e registra-se unicamente a categoria REPROVAÇÃO.

(b) Quando uma pergunta do terapeuta é apresentada em tom irônico ou desafiador, sugerindo crítica, descrença ou discordância do terapeuta com relação ao cliente, categorize REPROVAÇÃO, e não SOLICITAÇÃO DE RELATO. (*) Nesse caso, categorize também registre o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(c) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e REPROVAÇÃO, prefira SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(d) A verbalização “certo”, quando dita sarcasticamente, sugerindo discordância, deve ser categorizada como REPROVAÇÃO. (*) Nesse caso, categorize também registre o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(e) FACILITAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(f) Verbalizações tais como “é mesmo?” ou “não acredito”, quando sugerem descrença no relato do cliente ou crítica ao seu comportamento, são categorizadas como REPROVAÇÃO, e não EMPATIA.

(g) Quando o terapeuta ri do relato de ações do cliente, não sugerindo ironia, e sim interesse em seu relato (ele ri com o cliente, e não do cliente), categorize EMPATIA.

(h) Verbalizações exclamativas após o relato de alguma ação por parte do cliente, quando apresentada em tom sarcástico ou hostil, são categorizadas como REPROVAÇÃO e não EMPATIA ou APROVAÇÃO. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(i) Em caso de síntese ou paráfrase que consiste em crítica ou explicita uma falta ou erro do cliente, codificar como REPROVAÇÃO.

(j) Quando uma verbalização em que o terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente é acompanhada de explicação ou crítica, codifique apenas a categoria REPROVAÇÃO.

Exemplo:

- T: Fiquei preocupado com você a semana passada... [EMP] como é que ficaram as coisas com seus pais? [SRE]

- T: Não é possível que você continue bebendo essa quantidade. Fico preocupado com as consequências disso [REP].

(k) Verbalizações em que o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir serão categorizadas como REPROVAÇÃO. Verbalizações em que o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizado

EMPATIA. Quando ele revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Em qualquer outro caso, registre a categoria OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(l) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(m) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria REPROVAÇÃO.

(n) A correção de um engano do cliente, quando não realizada em tom hostil, não é categorizada como REPROVAÇÃO, mas, sim, como INFORMAÇÃO.

(o) INFORMAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(p) Quando sugestões são apresentadas de modo sarcástico, categorize REPROVAÇÃO. (*) nesse caso categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(q) RECOMENDAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize RECOMENDAÇÃO.

(r) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de justificativas, registre a ocorrência de ambas as categorias, REPROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

(s) Quando uma verbalização do tipo “se... então” é emitida em tom de ameaça, sugerindo que o cliente pode sofrer consequências negativas ou aversivas caso realize (ou não) determinadas ações ou tarefas, é categorizada como REPROVAÇÃO. (*) nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(t) Quando o terapeuta descreve algum tipo de retrocesso, recaída ou insucesso do cliente, a verbalização apenas é categorizada como REPROVAÇÃO apenas quando é apresentada em tom de crítica, ameaça ou ironia. Caso contrário, categorize INTERPRETAÇÃO ou EMPATIA, dependendo do conteúdo e do teor da descrição apresentada pelo terapeuta. (*) nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(u) A previsão de consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou não ação) do cliente ou a apresentação de julgamento ou avaliação contrários à ação do cliente, quando apresentados em tom gentil ou neutro é categorizada como INTERPRETAÇÃO.

(v) Em caso de síntese que muda o sentido da descrição do cliente, mas explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro deste, codifique como REPROVAÇÃO.

(w) INTERPRETAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Na dúvida entre INTERPRETAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize a primeira.

(x) Verbalizações em que o terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características do cliente que ele considera positivas, caracterizam pseudodiscordância, e são categorizadas como APROVAÇÃO.

(y) Diferentemente de APROVAÇÃO que deve ser codificada apenas quando o relato do cliente não está em curso, um simples “não” proferido pelo terapeuta enquanto o cliente está falando pode ser codificado como REPROVAÇÃO se implica em discordância do cliente.

(z) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(aa) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento são emitidos a respeito de uma ação, verbalização do cliente, do próprio cliente ou da sessão em curso, deve ser selecionada uma das seguintes categorias: INTERPRETAÇÃO, APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

OUTRAS VERBALIZAÇÕES DO TERAPEUTA

Sigla: TOU

Nome resumido: OUTRAS VOCAL TERAPEUTA

Categoria tipo: estado.

Estão inclusos nesta categoria

1. **Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores:** comentários ocasionais alheios ao tema em discussão, verbalizações do terapeuta ao cumprimentar o cliente em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções por motivos não relacionados ao tema em discussão.

Exemplos:

- T: Aceita uma balinha? [TOU]
- T: Só um minutinho, que eu vou pedir uma água para a secretária. [TOU]
- T: Desculpe, eu me esqueci de desligar o celular. [TOU]
- **Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.**

Exemplo:

- T: Então, a gente na semana que vem, faz a sessão na terça-feira, das três as quatro. [TOU]
- **Recuperação de assunto:** descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos somente em casos em que essa discussão foi solicitada pelo cliente em razão de este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção para a tomada do assunto.

Exemplos:

- C: Onde é que eu estava mesmo?

T: Você estava falando sobre suas viagens de férias. [TOU]

- T (após a interrupção da sessão): Então você estava me falando sobre o seu receio de prestar o vestibular. [TOU]

4. **Opiniões pessoais sobre eventos externos:** opiniões, avaliações ou julgamentos sobre eventos apenas quando não dizem respeito a uma ação emitida pelo cliente, ao cliente propriamente ou a sessão em curso.

Exemplo:

- C: Eu fiquei realmente chocado com aquela cena. [TOU]

T: Eu acho que a televisão não deveria mostrar este tipo de coisa. Não acrescenta em nada a vida das pessoas. [TOU]

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Em estudos de terapia individual, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão, tal como em situações de orientação de pais, sessões incluindo cônjuge ou familiar, as falas do terapeuta dirigidos exclusivamente a esta terceira pessoa ou nas quais não se sabe a quem a verbalização se dirige (se apenas a cliente, se apenas a terceiros ou a ambos) são categorizadas como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. Já as falas do terapeuta claramente dirigidas a ambos os participantes (clientes e terceiro) são categorizadas na categoria correspondente.

(b) Afirmações ou comentários são considerados SOLICITAÇÃO DE RELATO apenas se não podem ser classificados em nenhuma outra categoria, com exceção de OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. SOLICITAÇÃO DE RELATO tem precedência sobre OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(c) Opiniões avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções da interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento são emitidos a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente ou da sessão em curso, deve ser selecionada uma das seguintes categorias: APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(d) Verbalizações em que o terapeuta revela a própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõe a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA; quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Verbalizações em que o terapeuta relata a sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor a do cliente ou que se ele conseguiu solucionar o problema o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como

REPROVAÇÃO. Relatos do terapeuta de algum evento da própria experiência, quando não sugerem a solução do problema ou queixa a compreensão ou entendimento da experiência do cliente, ou desafios, são categorizados como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(e) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(f) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

TERAPEUTA PERMANECE EM SILÊNCIO

Sigla: PSL

Nome resumido: T SILÊNCIO

Categoria tipo: estado.

Tal categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do terapeuta é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.

Quando não há outra resposta verbal do terapeuta do tipo estado, a categoria T SILÊNCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do terapeuta ocorrer.

CATEGORIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO VERBAL VOCAL DO CLIENTE

As categorias a seguir referem-se a verbalizações do cliente dirigidas ao terapeuta

Tipo de evento aos quais as ações do cliente podem se referir

Os eventos podem incluir ações do cliente e/ou de terceiros, sentimentos, emoções, pensamentos, ações públicas, interações com terceiros e fatos diversos e podem incluir o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros.

Origem do evento na sessão

Os eventos a que as ações do cliente se referem podem ter sido relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta ou pelo cliente.

Tempo em que o evento em questão foi observado/relatado pelo cliente

A ação ou verbalização do cliente pode se referir a (a) eventos ocorridos/ relatados imediatamente antes na sessão; (b) eventos ocorridos/ relatados em outros momentos da mesma sessão; (c) eventos ocorridos/ relatados em sessões anteriores; (d) eventos ocorridos no passado (e) especulações sobre eventos futuros.

CLIENTE SOLICITA INFORMAÇÕES, OPINIÕES, ASSEGURAMENTO, RECOMENDAÇÕES OU PROCEDIMENTOS

Sigla: SOL

Nome resumido: SOLICITAÇÃO

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. Solicitação de informações ou esclarecimentos: Cliente solicita ao terapeuta informações, confirmações ou esclarecimentos a respeito de eventos, da racional da terapia ou do andamento da sessão.

Exemplos:

- C: Quanto tempo você acha que a terapia vai durar? [SOL]
- C: Só que eu não entendi muito bem, como é que é? [SOL]
- C: E comecei. Fui estudar à noite, e... comecei a fumar maconha, foi indo, foi indo, foi indo e, deu no que deu. [REL]. Mas porque que a gente falou dessa história toda? [SOL]

2. Solicitação de avaliação: cliente solicita ao terapeuta que avalie seu comportamento ou o comportamento de terceiros, emita um diagnóstico sobre o seu problema ou o problema de terceiros; ou, ainda, solicita que o terapeuta analise seu problema ou de terceiros.

Exemplos:

- C: Aí tinha uns versinhos que eu escrevi para ele que eu trouxe pra você pra ver se eu não estou exagerando na pedida... [SOL]
- C: Você acha que isso é possível para mim? [SOL]

3. Solicitação de recomendações: cliente solicita ao terapeuta que este sugira alternativas de resposta ou cursos de ação possíveis.

Exemplo:

- C: O que eu poderia fazer se ela começar com isso novamente? [SOL]

4. Solicitação de procedimentos: cliente solicita que o terapeuta utilize determinados procedimentos ou técnicas, maneje determinada questão ou tema ou sugere ao terapeuta o que este deve fazer com relação ao seu tratamento.

Exemplos:

- C: O Z. falou que tem que ser trabalhado isso, viu?... [SOL]
- C: Eu quero que você me ensine a aplicar a exposição para pânico. [SOL]

- C: Eu vim aqui porque meu psiquiatra me disse que eu preciso de uma terapia de exposição para o TOC. [SOL]

5. Solicitação de asseguração: cliente solicita ao terapeuta asseguração sobre a ocorrência (ou não) de determinados eventos, sobre fatos ou sobre a correção de sua (do cliente) avaliação ou opinião a respeito de eventos.

Exemplos:

- C: Aí eu falei pra ele que isso é por causa de algum trauma de infância. [REL] Você não acha que pode ser isso? [SOL]
- C: Eu não estou ficando louco, estou? [SOL]

6. Apresentação da demanda: cliente descreve comportamentos, estados ou situações que ele gostaria de atingir com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

C: Eu quero aprender como eu posso melhorar a minha relação com meu filho. [SOL]

Caracterização Geral da Categoria

SOLICITAÇÃO é caracterizada por verbalizações em que o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Perguntas do cliente sobre a experiência ou vida pessoal do terapeuta são categorizadas como SOLICITAÇÃO.

CLIENTE RELATA EVENTOS

Sigla: REL

Nome resumido: RELATO

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. Relato de informações sobre eventos: cliente descreve fatos ocorridos, informações específicas, detalhes, ou esclarecimentos a respeito de eventos.

Exemplos:

- C: Ele falou "é, mas pra sair com a F. você sai, né?". Bom, daí no sábado eu fui lá, conversei porque eu estava bem e tal, sábado e domingo eu não fui para a chácara porque na quinta era semana santa tal eu já ia, né, ele me ligou sábado e domingo, ligou segunda tal, ligou todas as vezes que eu te falei. [REL]

- T: E como foi que você descobriu que estava contaminado?

C: Na verdade assim: Eu fazia um... Faço ainda um acompanhamento de hepatite. Que eu tenho hepatite crônica, sei lá... desde 80. E... aí nesse acompanhamento eu pedi para o médico fazer um teste de HIV, porquê... meu parceiro não era lá muito confiável. Comissário, cê sabe como que é. Aí, não sei, bateu. Falei, "Não". Quero fazer, quero ver o que que tá pegando qui. Não que tivesse algum problema. Pelo contrário. Não tinha nada, me sentia muito bem. [REL]

- C: Ficou 8 x 3,5... oito por três e meio... daí eu suava frio tá... daí eu fui ao cardiologista de manhã. Fiz eletrocardiograma, fiz eletro. Ele fez eu ficar de soutien e calcinha, ele mediu todo o pulso desde a veia terminal, desde o pé na virilha até aqui na carótida, foi medindo tudo onde tinha pulso, ele falou; olha o coração está bom... [REL]

2. Relato de eventos anteriormente registrados: cliente relata seus registros efetuados sobre a ocorrência de eventos, como parte de uma técnica terapêutica ou coleta de dados solicitados pelo terapeuta.

Exemplo:

- C: Eu marquei aquelas coisas que você me pediu, mas não deu pra fazer em todas as vezes... olha... na segunda-feira, eu tive uma crise pequena, e o grau de ansiedade foi sete... foi no dia que eu tinha que fazer aquela entrevista. [REL]

3. Relato de sentimentos e emoções: o cliente relata ao terapeuta ter vivenciado, estar vivenciando ou prevê que poderá vivenciar uma resposta emocional.

Exemplos:

- C: E ele caiu fora... então, assim: a cabeça vai a milhão. Eu passei o sábado assim, que nem um leão feroz na jaula. Aí, quando, foi à noite eu falei "não, pára com isso. Não vai se deprimir agora por uma pessoa que você mal conhece, nem sabe da onde veio". Não é a primeira vez, aliás, todas às vezes, me acontece isso. Fico mal prá cacete. Aí, depois eu vou me reabilitando. [REL]
- C: Então... eu não sei exatamente o porque eu estou aqui... eu sei que eu ando sem muito ânimo pra fazer as coisas... e parece que está tudo bem... não sei. [REL]
- T: Você conseguiria me dizer em que momentos essa angústia aparece? [SRF]
- C: É sempre que eu me dou conta da quantidade de coisas que eu poderia ter feito e que ficaram pra trás...[CER] dói muito saber que eu perdi tanta coisa por causa de uma doença idiota como essa. [REL]
- C: Nossa... eu já tô imaginando a minha alegria na hora em que ele chegar! [REL]
- C: Estou triste, T. To mal... To perdidinha de novo... Na semana passada achei que estava um pouquinho mais firme assim, em relação às mágoas, às coisas passadas, mas não estou não. [REL]
- C: Então, assim: eu já vi que eu não gosto de fazer o que eu faço. Eu não gosto de estar ali participando daquilo (...) Fazer o quê? ... Eu não tenho estudo. Não gosto de estudar. (...) Eu sei que está errado. Está super, super, super errado. Eu sei que eu tenho capacidade.

Eu sei que eu tenho. Mas eu não consigo ir para uma escola, eu não consigo estudar, ali sentado. [REL]

- C: Aí a gente acabou discutindo feio... aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza... [REL]

4. Relato de estados motivacionais ou tendências a ação imediata: verbalizações que sugerem a "força" ou a probabilidade da ocorrência de alguma resposta possivelmente relacionada com uma emoção.

Exemplos:

- C: Naquela hora eu só queria gritar e sair correndo dali... [REL]
- C: Eu tenho uma vontade de pegar ele no colo e encher de palmadas... [REL]
- C: É inútil. Eu me pergunto por que eu vim aqui hoje. Seria melhor eu parar a terapia. [REL]
- C: chegou ao ponto no qual eu não pensei que eu pudesse viver com ele mais porque ele era tão difícil (se referindo a seu filho). Eu até tive vontade de matá-lo. Ele é tão ruim... [REL]
- C: Aquela vaca da minha irmã continua fazendo as mesmas coisas. Estou tão cansada de ficar tendo que provar o tempo todo pras pessoas que as coisas que ela diz são tudo mentira. Às vezes tenho vontade de sumir, pra eles sentirem um pouco a minha falta. [REL]

5. Julgamento ou avaliação: cliente relata sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

- C: É... foi até engraçado. Chega com um calhamaço de flores (risos). Nunca recebi flores na minha vida. (risos) Achei aquilo o absurdo do absurdo. [REL]
- C: O M. é mesmo uma pessoa risível... fica o tempo todo posando de bonzinho e não passa de um incompetente metido a besta. É incrível como ele consegue enganar todo mundo com aquela cara de boi sonso... [REL]

Caracterização Geral da Categoria

Esta categoria é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente descreve ou informa ao terapeuta a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, respostas emocionais suas ou de terceiros, seus estados motivacionais e/ou tendências a ações imediatas, sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) RELATO inclui respostas para perguntas do terapeuta ou informações factuais sobre eventos passados ou presentes.

(b) RELATO pode ser categorizado tanto em situações nas quais o terapeuta solicita maiores detalhes ou esclarecimentos sobre a queixa do cliente ou eventos relatados pelo cliente como em situações de conversa ou “bate-papo” sobre assuntos diversos.

(c) Caso o pesquisador tenha como objetivo analisar as emoções no processo terapêutico, deve considerar tanto as ocorrências das subcategorias de RELATO de Relatos de Estados motivacionais ou Tendências a Ação” quanto as classes relativas ao qualificador “Tom Emocional”.

CLIENTE RELATA MELHORA OU PROGRESSO TERAPÊUTICO

Sigla: MEL

Nome resumido: MELHORA

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Relatos de ganhos terapêuticos:** cliente relata ganhos em metas importantes ou positivas, ou diminuição de problemas com relação a queixas médicas ou à suas queixas terapêuticas.

Exemplos:

- C: Eu fiquei muito orgulhoso quando eu vi que eu dei conta de fazer aquilo. [MEL]
- C: Estou me sentindo muito bem. Depois da internação assim: todos os meus problemas acabaram, sabe - fisicamente falando. [MEL]

2. **Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros:** cliente relata melhoras com relação ao comportamento de terceiros que têm relação com a queixa apresentada pelo cliente.

Exemplo:

- C: As coisas estão bem mais tranquilas... O P. está mais atencioso... ele está entendendo que eu preciso de alguns momentos nos quais eu preciso cuidar das minhas coisas, ficar um pouco comigo mesma... [MEL]

3. **Relatos de autocontrole:** relato de medidas de autocontrole ou medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações.

Exemplos:

- C: então eu comecei a caminhar toda noite, antes de ir dormir. [MEL]
- C: Você vê que eu estou bem mais controlada. [MEL]
- C: Ao contrário do que eu vinha fazendo, ontem eu imaginei cenas calmas, e isso me ajudou a relaxar e pegar no sono mais rapidamente. [MEL]

- C: É como eu te disse, na semana passada. Eu tô começando a fazer isso, sabe. Eu tô me impondo mais pra sair, pra conhecer gente, entendeu? Tá conhecendo mais gente. [MEL]

4. **Relatos de autoconsciência:** cliente relata que descobriu, tomou consciência ou passou a aceitar ou compreender eventos dos quais ele até então não havia se dado conta ou não havia compreendido, sugerindo explicitamente um ganho do ponto de vista terapêutico (com verbalizações do tipo “agora eu entendo”, ou “agora faz sentido”, “é isso!”, “é claro!” etc.). Esse tipo de verbalização é conhecido na literatura clínica sob o termo insight.

Exemplo:

- C: Depois da sessão passada eu fiquei pensando em tudo que a gente conversou e vi que, de fato, o casamento acabou a muito tempo...Acho que estou com medo de assumir isso e correr todo o risco. [MEL]

Caracterização Geral da Categoria

Esta categoria é caracterizada por verbalizações em que o cliente relata mudanças satisfatórias com relação à sua queixa clínica, problemas médicos, a comportamentos relacionados à sua queixa, ou a comportamentos considerados, pelo cliente ou pelo terapeuta, como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à melhora).

Critérios de inclusão ou exclusão

Quando o cliente descreve fatos ocorridos que exemplificam a situação descrita por ele como MELHORA, categorize MELHORA.

CLIENTE FORMULA METAS

Sigla: MET

Nome resumido: METAS

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Planejamento de estratégia:** cliente contribui com planos para mudar sua estratégia de ação por conta própria.

Exemplo:

- C: Eu acho que um primeiro passo deve ser eu ir com uma amiga a um restaurante. [MET]

2. **Proposta de ações futuras:** Cliente propõe ações futuras (solicitadas ou não pelo terapeuta) para a solução de problemas específicos.

Exemplos:

- T: E o que você pretende fazer a respeito disso? [SRE]
- C: Vou ligar para ela e conversar sobre o que aconteceu. [MET]
- C: Tomei uma decisão... eu vou pedir a dissolução da sociedade com meus irmãos [MET]

Caracterização Geral da Categoria

Esta categoria é caracterizada por verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) Verbalizações que começam com “eu acho que...”, “penso que o melhor a fazer é...”, quando se referem a projetos e ações futuras do cliente devem ser classificadas como METAS, e não RELATO.

(b) Relatos de desejos ou vontades serão considerados como descrição de Estados Motivacionais e/ou tendências a ação e, portanto, categorizados como RELATO apenas quando referirem-se a tendências imediatas a ação. Quando se refere a projetos futuros ou propostas de ações a serem executadas fora da terapia, devem ser categorizadas como METAS.

Exemplo:

- C: Tenho uma vontade de falar umas poucas e boas para aquela fulaninha [REL].

C: Um dia ainda vou conseguir fazer isso [MET].

(c) Na dúvida entre RELATO e METAS, categorize RELATO.

(d) METAS diferencia-se de MELHORA porque esta é apenas um relato de eventos e medidas já ocorridos, enquanto aquela inclui descrição de planos, e ações a serem executados no futuro.

CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES ENTRE EVENTOS

Sigla: CER

Nome resumido: RELAÇÕES

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Estabelecimento de relações explicativas:** cliente fornece razões para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então";

Exemplos:

- C: Eu acho que eu trabalho tanto porque assim eu evito discussões em casa. [CER]
- C: É um bloqueio, estou lutando contra isso. [CER]

2. Identificação de regularidades, relações de contiguidade ou de correlação entre eventos: Cliente descreve sua observação sobre padrões recorrentes de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal;

Exemplos:

- C: É engraçado... todas as vezes que eu quero as coisas de verdade, elas acabam não dando certo. [CER]
- C: É sempre assim...todas as vezes que ele chega em casa tarde ele arruma algum motivo pra brigar, e aí eu não consigo dizer pra ele o quanto me deixa nervosa a hora que ele chega... [CER]

3. Atribuição de diagnóstico: cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas seus, de terceiros ou do terapeuta.

Exemplos:

- C: Eu acho que estou deprimindo... [CER]
- C: Essa história de ficar desviando a atenção o tempo inteiro me parece muito com o Déficit de Atenção. Eu acho que meu pai tinha isso também... [CER]
- C: Hoje eu acho até que ela ta com síndrome do pânico, porque ela ta com umas coisas... [CER]

4. Estabelecimento de síntese: sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros).

Exemplo:

- C: Aí eu fico pensando... Quem mais me deixa tão irritada dessa forma? Só pode ser a minha mãe... eu estou agindo com ele da mesma forma como eu ajo com a minha mãe. [CER]

5. Inferências: suposições sobre a ocorrência de sentimentos de terceiros que não tenham sido relatados ou descritos por qualquer pessoa.

Exemplos:

- C: Eu fiquei com dó... fiquei preocupada com ele... um sentimento que eu acho que ele não tem por mim... [CER]
- C: Ele tá fazendo aquilo obrigado, pra não me chatear, porque naturalmente ele não faria isso... [CER]

6. Previsão sobre eventos futuros: cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos seus ou de terceiros.

Exemplo:

- C: Meu único receio é quer isso mascare uma situação entende? Que a gente possa sentir depois de um ano ou dois que a gente tiver nosso filho... [CER]

7. Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de consequências: cliente discorre a respeito de seus pensamentos ou reflexões sobre determinado tema, elaborando algum tipo de relação explicativa, causal ou de regularidade entre eventos, ou levantando alternativas de ação e suas possíveis consequências (análise de consequências).

Exemplos:

- C: Eu fico pensando... pra que serve tudo isso? A gente trabalha, trabalha, aí porque a gente trabalha tanto, acha que tem o direito de comprar tudo o que é bobagem... e aí se endivida até não poder mais... e precisa trabalhar mais e mais... que sentido tem? [CER]
- C: Eu até tava lendo uma reportagem lá na sala de espera dizendo o porque que mulher chora tanto... eu pensei... será que é uma coisa de mulher então? [CER]
- C: Aí a gente acabou discutindo feio... [REL] aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza isso... [CER]

Caracterização Geral da Categoria

Esta categoria é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente estabelece relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) entre eventos, descrevendo-as de forma explícita ou sugerindo-as por meio de metáforas ou analogias.

Critérios de inclusão e exclusão

(a) Quando uma verbalização do tipo verbalizações inclui a descrição de eventos que dão elementos para a relação estabelecida registre a ocorrência de ambas as categorias – RELAÇÕES e RELATOS – cada um a no seguimento apropriado da interação.

(b) RELAÇÕES inclui o raciocínio (premissas, hipóteses, argumentos) imediatamente antes da formulação de uma conclusão ou de uma explicação, desde que ocorra dentro de uma mesma verbalização do cliente

(c) O início de ocorrência de uma verbalização do tipo RELAÇÕES é marcado tipicamente por palavras do tipo porque, então, assim..., é que..., eu acho que... eu fico pensando... Entretanto, o simples uso de tais termos, ou a descrição de eventos em sequência ou eventos temporalmente próximos não caracteriza necessariamente a ocorrência de um estabelecimento de RELAÇÕES. Uma verbalização deste tipo só é categorizada como RELAÇÕES quando fizer referência a padrões recorrentes, relações de contiguidade ou explicações.

(d) Verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de reflexão por parte do terapeuta, serão tipicamente caracterizadas como RELAÇÕES, a não ser que o cliente desvie o assunto ou solicite mais informações.

(e) Cliente afirma que não consegue ou que tem dificuldade em entender o porque algum evento ocorre, embora não contenham nenhuma relação estabelecida, indicam uma tentativa de estabelecimento de relações ou sugerem que esse é um evento irregular e que, portanto, não haveria explicação para sua ocorrência. Em qualquer dos casos, a verbalização do cliente deverá ser categorizada como **RELAÇÃO**.

(f) Quando uma pergunta é feita como parte de uma **RELAÇÃO** estabelecida pelo cliente, ou como pedido de confirmação de **RELAÇÃO** estabelecida pelo cliente aí não é registrada a categoria **SOLICITAÇÃO**; apenas registre a ocorrência da categoria **RELAÇÃO**.

(g) Na dúvida entre **RELAÇÕES** e **SOLICITAÇÃO**, categoriza **SOLICITAÇÃO**.

(h) Quando uma pergunta for feita como parte de uma relação estabelecida pelo cliente, ou como pedido de confirmação de **RELAÇÕES** estabelecida pelo cliente, não será registrada a categoria **SOLICITAÇÃO**; apenas registre a ocorrência da categoria **RELAÇÕES**.

(i) Reflexões do cliente que apenas discorrem sobre pensamentos ou sentimentos do cliente com relação a eventos, mas sem estabelecer nenhum tipo de relação causal, explicativa, correlativa ou de contiguidade entre eventos não são categorizadas como **RELAÇÕES**, e sim **RELATO**.

(j) Em uma verbalização que estabelece relações de contiguidade entre eventos, deve estar explícito no relato do cliente que ele estabelece relação entre os eventos. Caso contrario categorize **RELATO**. A mera descrição de eventos em sequencia temporal não caracteriza o estabelecimento de relações.

(k) Na dúvida entre **RELAÇÕES** e **RELATO**, categorize **RELATO**.

CLIENTE RELATA CONCORDÂNCIA OU CONFIANÇA

Sigla: CON

Nome resumido: CONCORDÂNCIA

Categoria tipo: Estado

Estão inclusos nessa categoria

1. **Avaliações favoráveis sobre o terapeuta:** Cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não.

Exemplo:

- C: É. Você tem razão. Eu ando evitando muito certas coisas. [CON]
- C: Legal...bia ideia [CON] Ainda hoje vou ligar pro meu orientador... aí vou conversar sobre a data da defesa com ele. [REL]

2. **Relatos de esperança:** cliente relata que está esperançoso de que o trabalho terapêutico poderá ajudá-lo.

Exemplo:

- C: sabe... eu não sou muito de acreditar em terapia... mas dessa vez estou achando que eu vou conseguir resolver meus medos [CON]

3. Relatos de satisfação: Cliente relata satisfação ou contentamento com os resultados alcançados com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

- C: Você é uma das responsáveis, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas [CON], porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e to tentando encontrar o caminho, não é? Sem tanto medo de ser feliz. [REL].

4. Relatos de seguimento de SOLICITAÇÃO de reflexão: cliente relata ter refletido a respeito de interpretações ou recomendações dadas pelo terapeuta.

Exemplo:

- C: Essa semana eu pensei bastante naquilo que a gente conversou na última sessão [CON]... de fato, a melhor coisa a fazer é eu ficar em casa por mais um tempo, e depois eu penso se quero me separar ou não [MET]... você tinha mesmo razão. [CON]

5. Indicações de atenção: comentários breves ou expressões vocais curtas emitidas pelo cliente, que sugerem que ele está prestando atenção e que o terapeuta deveria continuar falando. Comentários apresentados após uma descrição do terapeuta, que inferem a continuidade da descrição, sugerindo interesse no assunto e demonstrando que está atento ao relato.

Exemplos:

- C: claro... [CON]
- C: certo... [CON]
- T: é importante que você procure se concentrar nas datas dos...

C: nos prazos de inscrição... [CON]

6. Indicações de entendimento: verbalizações que sugerem compreensão ou entendimento de uma informação, interpretação ou recomendação apresentada pelo terapeuta, seguidas ou não da descrição de eventos que corroboram a análise ou descrição apresentada.

Exemplo:

- C: é... faz sentido... sou eu quem devo escolher as minhas coisas... deixar os outros decidirem por mim é fácil, mas eu só adio o problema [CON]

7. Risos ou exclamações de concordância: Risos ou comentários em forma de exclamação, apresentados após a descrição de eventos por parte do terapeuta, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplo:

- C: É mesmo? [CON]
- C: Não acredito! [CON]
- C: Nossa!. [CON]

Caracterização Geral da Categoria

CONCORDÂNCIA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta ou relata satisfação, esperança ou confiança no terapeuta e/ou no processo terapêutico. Inclui também verbalizações em que o cliente complementa ou resume a fala do terapeuta ou episódios nos quais o cliente sorri em concordância com o terapeuta.

Crítérios de inclusão / exclusão

- (a) Quando, imediatamente após uma análise ou recomendação do terapeuta, o cliente apresenta uma descrição de eventos que corroboram a análise ou concordam com a recomendação do terapeuta, categorize CONCORDÂNCIA, e não RELATO.
- (b) Quando concordância foi acompanhada de descrição do evento que foi alvo da concordância, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CONCORDÂNCIA.
- (c) Na dúvida entre CONCORDÂNCIA e RELATO, categorize RELATO.
- (d) Quando o cliente relatar uma MELHORA e, na mesma sentença, atribuir ao terapeuta a responsabilidade ou o mérito por esta melhora, cada trecho da sentença deverá ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.
- (e) Na dúvida entre MELHORA E CONCORDÂNCIA, categorize MELHORA.
- (f) Quando o cliente relata concordância com uma verbalização do terapeuta e, em seguida, relata algum projeto de mudança ou de ação (META), cada trecho da sentença deverá ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.
- (g) Na dúvida entre META E CONCORDÂNCIA, categorize META.

CLIENTE SE OPÕE, RECUSA OU REPROVA

Sigla: OPO

Nome resumido: OPOSIÇÃO

Categoria tipo: estado

Estão incluídos nesta categoria

1. **Queixas ou reclamações sobre a terapia:** cliente queixa-se do terapeuta ou do tratamento, descreve falhas deste ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

- C: Esta técnica de time-out não está funcionando com meu filho. [OPO]

2. **Relatos de descontentamento:** cliente relata seu descontentamento com o terapeuta, a terapia e/ou certos pontos da terapia ou diz ao terapeuta que ele não o está ajudando em sua queixa.

Exemplo:

- C: Eu acho que você e seu programa de tratamento não atingem os meus padrões para a terapia. [OPO]

3. **Indicações de contradição:** cliente aponta discrepâncias ou contradições no discurso do terapeuta (qualquer que seja o tom com que a verbalização é pronunciada). (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

- C: Até a semana passada, você disse que eu deveria respeitar o meu ritmo e agora você vem me cobrar que eu estou indo devagar demais... [OPO]

4. **Relatos de sentimentos negativos:** relato do cliente de que não gosta do terapeuta ou de algo que ele faça ou que não está sentindo-se bem com algum aspecto relativo ao comportamento do terapeuta.

Exemplo:

- C: Eu não gosto do jeito que você me olha... parece que tem dois faróis na minha cara...[OPO]

5. **Ironia dirigida ao terapeuta:** comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao terapeuta. Cliente ri de algo que o terapeuta disse ou fez. (*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

- C: Se você pensa que isto vai funcionar, você está louco. [OPO]

6. **Relatos de incredulidade:** comentários do cliente que sugerem incredulidade a respeito de qualquer verbalização ou ação do terapeuta ou que sugerem que o terapeuta não tem conhecimento ou experiência suficiente para ajudá-lo.

Exemplos:

- C: Que idade você tem? [SOL] Você parece tão novinha... [OPO]

- C: Eu vi no seu currículo Lattes que você tem bastantes publicações. [REL] Você tem experiência mesmo ou é daqueles acadêmicos que fica atrás da escrivinha? [OPO]

7. **Pedidos de interrupção:** ordens ou pedidos de parada ou mudança do comportamento do terapeuta dentro da sessão ou da própria sessão.

Exemplo:

- C: Pare de perguntar sobre isso. Eu não quero mais falar sobre esse assunto. [OPO]

8. **Ameaças:** cliente apresente qualquer tipo de ameaça ao terapeuta.

Exemplo:

- C: Acho que você não ta entendendo... sabe porque eu parei a minha última terapia? Porque eu arrebentei todo o consultório dele... [OPO]

9. **Recusas:** cliente se nega a falar a respeito de um tema solicitado pelo terapeuta ou se recusa a se engajar em algum exercício.

Exemplo:

- C: Eu não estou interessado em ensaio comportamental. Eu não sou um ator. [OPO]

10. **Desvios do assunto:** verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma SOLICITAÇÃO DE RELATO por parte do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado, quer o cliente explicita seu interesse em mudar de assunto, quer não.

Exemplo:

- T: Você já se deu conta que o seu único critério para a escolha de um curso é o que ele tem de chato? [INT] (situação na qual terapeuta e cliente discutem a escolha de um curso universitário)

C: Minha cabeça está doendo... [OPO]

11. **Recusas de elogios:** Cliente recusa ou discorda de um elogio feito pelo terapeuta.

Exemplo:

- T: Você está muito bonita hoje. [APR]

C: Não to bonita. To com uma roupinha velha que eu achei. [OPO]

12. **Relatos de não seguimento:** cliente relata o não seguimento de alguma RECOMENDAÇÃO do terapeuta ou relata que fez algo que o terapeuta havia desaconselhado, em tom hostil ou de desafio ou quando acompanhado de crítica à tarefa proposta. (*) nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplos:

- C: Eu falei pra você que eu não ia fazer o que você me pediu. [OPO]
- C: Não consegui fazer aquele exercício. Aliás, eu achei ele muito idiota. [OPO]

Caracterização Geral da Categoria

OPOSIÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta.

CrITÉRIOS DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO

(a) Simples correção de fatos não é codificada como OPOSIÇÃO.

Exemplo:

- T: Você mora na Rua Cardoso de Almeida, né? [SRE]

C: Não, é na Rua Tupi. [REL]

(b) A categoria OPOSIÇÃO deve referir-se apenas a afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Não inclui reclamações e observações negativas sobre outros assuntos, pessoas, etc. dentro ou fora da sessão de terapia. Estas declarações entram em outras categorias, conforme sua adequação.

(c) OPOSIÇÃO também é codificada para comportamentos não verbais de não seguimento. Estes comportamentos devem acontecer em seguida a uma RECOMENDAÇÃO ou a um comando de parada do terapeuta dentro da sessão.

Exemplo:

- T: Vamos ver se a gente se concentra no exercício?[REC]

C: Levanta para pegar uma bala. [OPO]

(d) Se um pedido for apresentado ao terapeuta em tom claramente hostil, sarcástico, de desafio ou como uma ordem, não categorize SOLICITAÇÃO, e sim OPOSIÇÃO, ainda que esta resposta tenha sido solicitada pelo terapeuta. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(e) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e SOLICITAÇÃO, categorize SOLICITAÇÃO.

(f) Quando o cliente culpa o terapeuta por qualquer tipo de problema que ele está descrevendo, não será categorizado RELATO, mas sim OPOSIÇÃO.

(g) Quando OPOSIÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da OPOSIÇÃO, é registrada unicamente a ocorrência da categoria OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui todas as declarações que explicam o porquê o cliente discorda do terapeuta.

(h) O relato do cliente de que não fez alguma tarefa, ou de que fez algo que o terapeuta desaconselha, será considerado OPOSIÇÃO apenas quando em tom hostil ou desafiador, ou quando acompanhado de crítica à tarefa ou RECOMENDAÇÃO proposta. Quando não houver essas características, utilize a categoria RELATO. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(i) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e RELATO, categorize OPOSIÇÃO.

(j) Quando, imediatamente após uma análise ou RECOMENDAÇÃO do terapeuta, o cliente verbaliza CONCORDÂNCIA, mas sugere que, apesar disso, não consegue mudar ou fazer o que foi proposto ou que é culpa sua (do cliente) de as coisas estarem assim, categorize OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui verbalizações do tipo “Sim, mas...”.

Exemplo:

- T: Você pode imaginar como ela deve ter se sentido? [SRE]

C: Sim, mas eu a conheço melhor que qualquer um e acho que não foi nada demais. [OPO]

(k) Uma resposta do cliente que preenche os critérios anteriormente descritos é considerado oposição, desde que tenha sido solicitada pelo terapeuta.

(l) Verbalizações como “certo”, “hmm hmm”, “ok”, quando ditas sarcasticamente, em tom hostil, desafiador ou sugerindo que o terapeuta seja mais rápido ou conclua logo seu raciocínio, não devem ser categorizada como CONCORDÂNCIA, e sim como OPOSIÇÃO. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(m) Quando o cliente retoma uma análise apresentada anteriormente pelo terapeuta (ou mesmo se ele afirma que concordou com a análise) como justificativa para o seu fracasso em efetuar uma mudança desejada, ou para o não-engajamento em algo que havia sido planejado, classifique OPOSIÇÃO.

(n) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e CONCORDÂNCIA, categorize OUTRAS.

OUTRAS VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE

Sigla: COU

Nome reduzido: OUTRAS CLIENTE

Categoria tipo: Estado

Estão incluídos nesta categoria

1. **Acertos ocasionais:** Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

- C: Então fica às quatro na semana que vem? [COU]

2. **Recuperação de assunto:** descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo terapeuta devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

- T: Do que mesmo que a gente tava falando? [TOU]

C: Sobre a minha mãe. [COU].

- C: (após interrupção da sessão): Então, você estava me falando sobre a medicação... [TOU].

3. **Outras respostas verbais do cliente:** verbalizações ocasionais que são alheias ao tema em discussão e que não cabem em nenhuma categoria anterior.

Exemplo:

- C: Posso fumar?[COU]

- C: Nossa, que calor. [COU]
- C: Acho melhor marcar o endereço aqui. [COU]

Caracterização Geral da Categoria

Esta categoria é caracterizada por verbalizações do cliente não classificáveis nas categorias anteriores.

Inclui também verbalizações do cliente ao cumprimentar o terapeuta em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções ou comentários ocasionais alheios ao tema em discussão.

Critérios de inclusão ou exclusão

(a) são considerados OUTRAS VOCAL CLIENTE comentários ocasionais, ou seja, verbalizações do cliente que não acarretam continuidade do assunto (seja por parte do terapeuta ou do cliente). Um comentário desse tipo deve ser seguido por continuidade do assunto que estava em discussão anteriormente.

Exemplo:

- C: Esse quadro é novo? Eu nunca havia notado ele aqui.

CLIENTE PERMANECE EM SILÊNCIO

Sigla: CSL

Nome resumido: C SILÊNCIO

Categoria tipo: estado

Essa categoria deve ser selecionada quando a resposta do tipo estado do cliente é encerrada sem que uma nova resposta do tipo estado do mesmo falante seja encerrada.

Quando não há outra resposta verbal do cliente do tipo estado a categoria C SILÊNCIO deve ser mantida ativada mesmo se outra categoria verbal do terapeuta do tipo evento ocorrer.

REGISTRO INSUFICIENTE

Sigla: CIN

Nome resumido: INSUFICIENTE CLIENTE

Categoria tipo: Estado

Caracterização Geral da Categoria

Verbalizações do cliente cujo conteúdo está ininteligível devido a problemas no áudio do filme, ou qualquer outro problema que impeça sua identificação e categorização.

Critérios de inclusão ou exclusão

- (a) Verbalizações serão categorizadas como ininteligíveis apenas quando não puderem ser identificadas mesmo depois de terem sido observadas por pelo menos três vezes.
- (b) Falas interrompidas do cliente cujo conteúdo identificável não é suficiente para a categorização em uma das categorias anteriores serão classificadas como INSUFICIENTE.

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa:

“INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO BASEADA EM TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E PSICOEDUCAÇÃO PARA PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo baseada em Terapia de Aceitação e Compromisso e Psicoeducação para pessoas diagnosticadas com Transtorno Afetivo Bipolar”, a ser realizada na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é elaborar, aplicar e avaliar um programa de intervenção em grupo envolvendo Terapia de Aceitação e Compromisso e Psicoeducação voltado para a população diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar.

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: resposta a questionários de avaliação ao longo do processo de seleção e intervenção; participação no grupo e em eventuais atendimentos individuais. As sessões serão gravadas em áudio e vídeo, por meio de filmadoras e gravadores digitais. Além disso, serão assistidas na sala de espelho pelos demais membros da equipe de pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e de futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Desse modo, os registros gravados em áudio e vídeo serão arquivados adequadamente em local seguro.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: melhora na capacidade de lidar com sintomas dos episódios maníacos e depressivos do transtorno, bem como com os pensamentos e sentimentos relacionados; maior conhecimento acerca do Transtorno Afetivo Bipolar e melhora na qualidade de vida

Quanto aos riscos, a presente pesquisa não oferece riscos físicos, bem como se compromete a realizar os devidos encaminhamentos caso o participante apresente alguma dificuldade em nível psicológico.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Roberta Seles da Costa, (43) 96218457, seles.roberta@gmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável

Roberta Seles da Costa

RG: 48.477.589-3

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXO C

Categorias Cliente T (Silveira, 2009)

C-Aprovação

Sigla: C APR

Condições necessárias: Relato de um participante (A) e/ou solicitação de aprovação do terapeuta.

Sequência de eventos: Um dos participantes (B) apresenta C- APR a outro participante (A) de modo espontâneo ou após solicitação do terapeuta. A aprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia após o relato de outro participante e/ou quando uma C-Aprovação é solicitada e termina quando: a) ocorre uma C-Aprovação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.

C-Reprovação

Sigla: C REP

Condições necessárias: Relato de um participante (A) e/ou solicitação de reprovação do terapeuta.

Sequência de eventos: Um participante (B) oferece C- REP a outro participante (A) de modo espontâneo ou após solicitação do terapeuta. A reprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia após o relato de outro participante e/ou quando uma C- Reprovação é solicitada e termina quando: a) ocorre uma C- Reprovação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.

C-Descreve comportamento

Sigla: DES

Condições necessárias: Relato de um participante e ocasionalmente solicitação de reflexão.

Sequência de eventos: Um dos participantes (B) apresenta C-Descreve comportamento que pode se referir aos comportamentos do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de reflexão, exceto quando ocorre de forma espontânea, e termina quando: a) ocorre uma C- Descreve comportamento, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.

C-Interpretação

Sigla: C-INT

Condições necessárias: Relato de um participante e ocasionalmente solicitação de reflexão.

Sequência de eventos: Um participante (B) descreve relações (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) entre eventos apresentados no relato de outro participante (A), ou seja, apresenta C-Interpretação. As relações estabelecidas podem se referir às experiências do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de reflexão, exceto quando ocorre de forma espontânea e termina quando: a) ocorre uma C- Interpretação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.

C-Recomendação

Sigla: C REC

Condições necessárias: Relato de um participante e ocasionalmente solicitação de reflexão.

Sequência de eventos: Um participante (B) apresenta ao participante (A) uma alternativa de comportamento a ser apresentada por este dentro ou fora da sessão, ou seja, apresenta uma C- Recomendação.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de recomendação, exceto quando ocorre de forma espontânea e termina quando: a) ocorre uma C- Recomendação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.

C-Empatia

Sigla: C EMP

Condições necessárias: Relato de um participante.

Sequência de eventos: Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que demonstrem aceitação e compreensão das condições vividas por pessoas descritas no relato de (A), ou seja, apresenta C-Empatia.

Unidade de análise: Uma unidade se inicia quando um participante relata eventos, e termina quando: a) ocorre a categoria C-Empatia.