ISSN 1982-3541
Volume XIX no 2, 24-41

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Procedimento de bloqueio de respostas de esquiva e aumento da tolerância emocional

Procedure to block avoidance responses and increase emotional tolerance

Procedimiento de bloqueo de respuestas de esquiva y aumento de la tolerancia emocional

Michele de Andrade Gouveia ✉
Instituto de Estudos e Psicoterapia Analítico Comportamental (IEPAC)

Francine Porfirio ✉✉

Juliane Muniz da Silva

Liliane Ocalxuk
Consultório Particular

Yara Kuperstein Ingberman
Instituto de Estudos e Psicoterapia Analítico Comportamental (IEPAC). Universidade Positivo

RESUMO

A pesquisa em clínica tem como um dos seus objetivos estudar a interação entre terapeuta e cliente, identificando possíveis preditores dos resultados clínicos. Este estudo visa a identificar e analisar os episódios verbais no decorrer de 21 sessões de terapia analítico-comportamental. Identificou-se no cliente um padrão comportamental caracterizado pela resposta de esquiva. Tal padrão teve um tratamento diferenciado, e subcategorias foram criadas para analisá-lo. Categorizou-se o comportamento verbal da terapeuta a partir do *Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Tera*pêuticas (SiMCCIT) de Zamignani (2007), e sinalizaram-se as habilidades utilizadas com a função de bloqueio de esquiva. Concluiu-se que a intervenção, nomeada no estudo como procedimento de bloqueio de esquiva, obteve mudanças clínicas

✉ migouandrade@hotmail.com
✉✉ francine.porfirio@gmail.com

relevantes no repertório comportamental do cliente, tal como o aumento da frequência das seguintes respostas: autorrelato, exposição de sentimentos, permissividade, acesso a eventos privados aversivos e auto-exposição a aversivos, o que produz tolerância emocional.

Palavras-chave: *bloqueio de esquiva; exposição ao aversivo; habilidades terapêuticas; tolerância emocional; autorrelato.*

ABSTRACT

The clinical research study of the interaction between the therapist and the client has as one of its main goals to identify any possible predictors of clinical outcomes. This research aims to identify and analyze vocal verbal episodes over the course of 21 sessions of behavior-analytic therapy. It was identified that the client had a behavioral pattern characterized as avoidance response, classified according some subcategories,and such pattern had a differentiated treatment.. The verbal behavior of the therapist was categorized through Multidimensional Therapeutic Skills Categorization System (SiMCCIT), from Zamignani (2007), and the signaled skills used were in avoidance blocking function. It was concluded that the avoidance blocking procedure intervention obtained clinically relevant changes in the client's behavioral repertoire. For example increasing the following responses frequencies: self-observation, exposure of feelings, permittivity, access to private aversive events, self exposure to aversive stimuli, producing emotional tolerance.

Keywords: avoidance blocking; exposure to aversive stimuli; therapeutic skills; emocional tolerance and self-observation.

RESUMEN

Uno de los objetivos de la investigación en clínica es estudiar la interacción entre terapeuta y cliente, identificando los posibles predictores de los resultados clínicos. Este estudio tiene como meta identificar y analizar los episodios verbales al largo de 21 sesiones de terapia analítica-conductual. Se ha identificado en el cliente un patrón conductual caracterizado por la respuesta de evitación, este patrón tuvo un tratamiento hecho de manera distinta y subcategorías fueran creadas para analizarlo. Se categorizó el comportamiento verbal de la terapeuta a partir del Sistema Multidimensional de Categorización das Habilidades Terapéuticas (SiMCCIT) de Zamignani (2007) y se identificaron las habilidades utilizadas con la función de bloqueo de evitación, se obtuvo cambios clínicos relevantes en el repertorio conductual del cliente, así como el aumento de la frecuencia de las siguientes respuestas: auto-registros, exposición de sentimientos, permisividad, eventos privados aversivos y auto-exposición al aversivo, lo que produjo tolerancia emocional.

Palabras clave: bloqueo de la evitación; exposición al aversivo; habilidades terapéuticas; tolerancia emocional; auto-registro.

É crescente o número de pesquisadores analítico-comportamentais que tem como foco de estudo processos terapêuticos, o que demonstra uma preocupação progressiva em identificar, descrever e analisar as interações terapeuta-cliente que ocorrem nas sessões. Nesse cenário, contribui o método de pesquisa de processos terapêuticos que, segundo Zamignani e Meyer (2007), centra suas investigações na interação terapeuta-cliente. Um dos objetivos da pesquisa de processo terapêutico é observar, descrever e analisar as respostas do terapeuta que evocam determinadas respostas em seus clientes (Meyer, 2009; Oshiro, 2011; Zamignani, 2007; Zamignani & Meyer, 2007).

Nessa modalidade de pesquisa, portanto, observam-se as nuances da relação terapeuta-cliente para entender o que favoreceu mudanças clínicas ou impossibilitou que tais mudanças ocorressem. Para Guilhardi (2001), o pesquisador de processo terapêutico tem como uma de suas tarefas identificar as evidências que demonstrem a adequacidade das contingências sugeridas pelo terapeuta, com o objetivo de descrever e explicar o que está ocorrendo com o cliente durante a sessão. Esse processo viabilizará a ocorrência de mudanças comportamentais.

Meyer (2009) e Zamignani e Meyer (2007) enfatizam que uma das possibilidades para identificar regularidades na interação terapeuta-cliente é a sistematização dos dados observados em torno de classes de comportamento da díade. Para os autores, são relevantes pesquisas que sistematizem categorias capazes de classificar os comportamentos clinicamente relevantes do cliente e os comportamentos do terapeuta que favoreçam o enfraquecimento ou a instalação de novos comportamentos mais adaptativos em seu repertório.

Nessa sistematização dos dados, após a atividade de categorização dos comportamentos da díade, análises são realizadas sobre as possíveis relações comportamentais existentes com o objetivo de identificar efeitos de diferentes classes de comportamentos de um membro da díade sobre o outro (Oshiro, 2011). Uma pesquisa de processo terapêutico realiza-se a partir da delimitação do fenômeno a ser estudado e da sistematização dos dados que envolvem tal fenômeno (Juliani, Garcia, Neto, Massabki, & Arndt, 2011; Zamignani & Meyer, 2007). No presente estudo, o fenômeno delimitado são os episódios verbais transcorridos entre a díade que são caracterizados como respostas de esquiva do cliente e respostas de bloqueio de esquiva do terapeuta.

Como modo de análise dos dados sistematizados, utiliza-se a análise funcional dos episódios verbais da díade a partir do referencial da Análise do Comportamento. Segundo Juliani et al. (2011), como parte do processo de análise dos episódios verbais há a delimitação do episódio a ser analisado, juntamente à identificação das unidades do comportamento, a resposta, o antecedente da resposta e sua consequência. Ainda, conforme os mesmos autores, o episódio verbal é uma troca entre falante e ouvinte na qual o comportamento verbal de um afeta o comportamento do outro.

Os episódios verbais selecionados são respostas de esquiva. Um repertório comportamental de esquiva explica-se, de acordo com Dutra (2010), pelos princípios de aprendizagem que regem uma ciência do comportamento.

> *O comportamento de esquiva pode ser explicado a partir do conceito de reforço negativo condicionado. Estímulos*

> *previamente neutros, ao serem emparelhados a estímulos aversivos, tornam-se condicionados. Portanto, os estímulos anteriormente neutros tornam-se reforçadores negativos condicionados, e qualquer ação que os reduza é reforçada através de condicionamento operante. (Dutra, 2010, p. 203)*

Em um contexto de estimulação aversiva, podem-se selecionar comportamentos alternativos, tais como fuga/esquiva. Para livrarem-se dos sentimentos associados à estimulação aversiva, analisam Kohlenberg e Tsai (1991/2001), os clientes frequentemente buscam a terapia.

Em sintonia, Catania (1999) afirma que um repertório comportamental de fuga/esquiva pode ser persistente, uma vez que é suscetível ao reforço acidental, o que faz com que a extinção – ou enfraquecimento – dessa resposta possa ser lenta. Ainda sobre isso, Hayes (1987) refere-se a um tipo específico de esquiva, nomeada esquiva experiencial, na qual os clientes acreditam que a causa dos seus problemas está nos eventos privados relacionados aos eventos aversivos. Hayes (1987) apresentou esse conceito a partir da afirmação de que a comunidade verbal estabelece regras que descrevem a importância de cada pessoa controlar suas emoções e pensamentos. Dessa maneira, uma esquiva experiencial, também nomeada esquiva emocional, ocorre quando eventos privados passam a ser alvo de controle verbal. Quando as experiências privadas são produtos de eventos traumáticos, a pessoa passa a evitá-las para não entrar em contato com elas.

Cordova e Kohlenberg (1994) apontam as principais consequências do comportamento de esquiva, como a perda de contato com reforçadores positivos; predominância de respostas emocionais e sentimentos negativos; aumento do potencial aversivo e generalização das respostas emocionais para outras situações, objetos ou pessoas. Para Kohlenberg e Tsai (1991/2001), uma história de punição é responsável por um padrão de comportamento com predominância de respostas de esquiva e de eliciação de respondentes aversivos. A partir dessas premissas, torna-se de fundamental importância para a prática clínica a investigação das respostas de esquiva, pois uma pessoa que evita entrar em contato com seus eventos privados aversivos tende a ficar com o seu repertório comportamental restrito, uma vez que tais eventos sinalizam os tipos de contingências que estão em operação.

Durante o processo terapêutico, ao promover a aceitação dos eventos privados aversivos, reduz-se a esquiva experiencial e aumenta-se a tolerância emocional. Isto é, promove-se e amplia-se um repertório para suportar o acesso aos eventos privados evocados por estímulos aversivos e permanecer em contato com eles sem a apresentação de comportamentos de fuga, esquiva ou confronto (Cordova & Kohlerberg, 1994).

Os autores Kohlenberg e Tsai (1991/2001) propõem que se observe a ocorrência de respostas de esquiva do cliente e que se busque bloqueá-las, dispondo estímulos que favoreçam ao cliente discriminar o seu próprio comportamento de esquiva. Quando isso ocorre, pode-se dizer que o terapeuta utilizou o procedimento de bloqueio de esquiva. De acordo com Dutra (2010), esse procedimento envolve que o terapeuta reapresente o estímulo aversivo, que foque nos comportamentos de fuga/esquiva evidenciando que o cliente está evitando o contato com as emo-

ções. Envolve, também, que se foque na emoção do cliente relacionada à similaridade funcional entre a terapia e a vida cotidiana e emita recomendações para que ele observe seu próprio comportamento no aqui e agora, assim como observe o que está fazendo para impedir a si mesmo de sentir. Os resultados decorrentes do procedimento de bloqueio de esquiva são descritos na literatura como facilitadores da promoção de mudança clínica, que tendem a aumentar a tolerância emocional diante de estímulos aversivos, favorecendo a aprendizagem de novos comportamentos.

Para Conte e Regra (2006), evitar a esquiva, aceitar os sentimentos e as sensações resultantes de contingências ambientais, olhar para o ambiente detectando seus determinantes e atuar diante deles correspondem a uma atitude mais saudável. Portanto o procedimento de bloqueio de esquiva, quando utilizado de forma gradual e cuidadosa, pode ser efetivo no decorrer de um processo psicoterapêutico (Dutra, 2010).

O presente estudo, portanto, apresenta como objetivo identificar e analisar os episódios verbais entre terapeuta e cliente, categorizados respectivamente em bloqueio de respostas de esquiva e respostas de esquiva do cliente.

MÉTODO

Participante

Cliente do sexo masculino, 44 anos de idade, com formação superior completa. Buscou psicoterapia com a queixa inicial de dificuldades ao utilizar banheiros públicos. Ao longo das sessões, apresentou novas queixas envolvendo o comportamento sexual e as relações interpessoais. O cliente é oriundo de uma família privada financeiramente e um ambiente coercitivo associado a relações conflituosas com o pai e irmãos, os quais apresentavam comportamentos antissociais.

Procedimento

Após o cliente concordar em participar do estudo, assinou o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, e as sessões de psicoterapia foram gravadas. Foram utilizadas para análise 21 sessões de psicoterapia. Excluíram-se da análise de dados as quatro primeiras sessões, pois tiveram como função favorecer vínculo e coletar dados acerca do problema clínico, e também a quinta sessão, por não apresentar frequência significativa do fenômeno estudado. A partir da sexta sessão, delimitaram-se excertos nos quais foram identificados, via análise de episódios verbais da díade, a ocorrência do fenômeno: comportamentos considerados esquivas do cliente e respostas da terapeuta consideradas bloqueios de esquiva.

O procedimento utilizado para a intervenção, portanto, foi o bloqueio de esquiva, entendendo-se que o comportamento verbal do terapeuta ou a modelação na sessão dispõe de estímulos que favoreçam ao cliente discriminar seu próprio comportamento de esquiva (Kohlerberg & Tsai, 2001).

Para a identificação e análise dos episódios verbais foram criadas categorias de acordo com a similaridade funcional do comportamento verbal do cliente. Optou-se por criar categorias, uma vez que as já existentes na literatura não correspondiam às classes de respostas identificadas. As classes são amplas e denominadas de respostas de esquiva e não esquiva.

Foram categorizadas as seguintes respostas de esquiva do cliente:

1) Relato de outros:

A partir de questionamentos da terapeuta, emite verbalizações sobre o comportamento de outras pessoas e passa a relatá-lo, ou ainda verbaliza opiniões sobre outros assuntos, desviando dos temas propostos para autoanálise. Exemplo:

T: *Mas quando você fala não "sei se vale a pena enfrentar", você se refere a quê? (solicita relato de encoberto mantendo o cliente em contato com a estimulação aversiva)*

C: Não sei se vale a pena enfrentar esse medo. (*exposição de sentimentos)*

T: *Ah, entendo. (empatia)*

C: *Ou se vale a pena... Se vale a pena ter que lidar com isso... Na verdade, o que não tá bom é a questão do trânsito [...]. (esquiva)*

2) Autopromover:

Emite verbalizações enaltecendo suas qualidades, com perfil de discurso, organizando suas verbalizações como se para serem pronunciadas ao público, inclusive utilizando, em alguns momentos, citações de outros profissionais, tais como autores e cantores. Exemplo: *"Eu cheguei em um ponto de maturidade profissional que o caminho é esse mesmo, digamos assim, ou eu assumo um cargo de liderança pra eu poder colocar em prática aquilo que eu sei, que eu aprendi [...]".*

3) Confrontar:

Quando busca demonstrar controle da sessão, utilizando questionamentos ou imposição de seus conhecimentos em relação à terapeuta. Pode-se considerar nesta categoria o que foi nomeado por Zamignani (2007) de *oposição*, em que o cliente emite verbalizações expressando discordância, julgamento ou avaliações desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pela terapeuta. Exemplo: *"Eu andei pensando na discussão que a gente tava [sic] fazendo e eu cheguei à seguinte conclusão: de que... sobre essas questões de poder e tal... na verdade não tem muito a ver, sabe?"* .

4) Racionalizar:

Verbalizações para justificar seus comportamentos, sem considerar correlatos emocionais, buscando "dar razões" ao seus comportamentos a partir de reflexões realizadas com base em tatos distorcidos. A fala é controlada por variáveis diferentes daquelas indicadas em seu conteúdo (Zamignani & Meyer, 2007). Exemplo: *"Eu tinha os amigos, mas eu não tinha muito como me locomover e ir a pé na [sic] casa de um e na casa de outro, eu não estava disposto... Agora, de carro, eu até vou... Porque facilita.. Na verdade, eu não vejo mais problema nisso, lógico, no momento que eu tiver [sic] sozinho eu vou pensar, mas eu acho que fica com os dias contados essa questão de ficar sozinho [...]".*

5) Dissociação:

Quando emite questionamentos sobre as verbalizações da terapeuta, como se não tivesse ouvido ou compreendido tal questionamento, emitindo um breve "hã?". Essa categoria aparece frequentemente como antecedente de outras categorias de esquiva, tal como a de racionalizar. Exemplo:

C: *É, corre rapidinho e eu não quero meu nome associado a isso. (autorrelato)*

T: *E qual era a preocupação com a pedofilia? (bloqueio de esquiva, mantendo o cliente sob controle do estímulo aversivo; aprendizagem de tolerância emocional)*

C: *Hã? (dissocia)*

T: *Qual que era a preocupação com a pedofilia? (bloqueio – reapresenta o estímulo aversivo)*

Categorias de respostas relacionadas à não esquiva do cliente na sessão:

1) Autorrelato:
Quando o cliente faz verbalizações sobre si com correlato emocional, acessando e verbalizando seus eventos privados aversivos, sem características de promover-se e confrontar a terapeuta. Exemplo: *"Da pedofilia porque... Essa é uma preocupação que eu vejo, eu via até recentemente quando eu saí de lá, né... Tinha uma vizinha que tinha uma filhinha de uns 4 anos mais ou menos e uma sobrinha que tinha uns 9 anos, e essa menina gostava muito de conversar comigo [...]"*.

2) Exposição de sentimentos:
Quando faz verbalizações de encobertos e tolera os aversivos produzidos por eles. Exemplo: *"[...] por ela eu pude fazer alguma coisa, pelo meu irmão que se suicidou, não"*.

3) Autopercepção:
Ao identificar comportamentos-problema em seu repertório comportamental e discriminar a possibilidade de mudanças com a instalação de comportamentos concorrentes. Exemplo: *"O que mudou... Mudou, assim, a forma como eu estou olhando pras mulheres, não tá sendo mais aquele olhar penetrante, fixo... Essa questão da insistência do olhar... Algumas pessoas comentavam que eu tinha um olhar de tarado [...]"*.

4) Permissividade:
Ao se permitir tatear com a terapeuta seus eventos privados, analisando-os e diminuindo a necessidade de controle da sessão, aceitando instruções, interpretações e verbalizações da terapeuta sem resistência. Entende-se como resistência o fato de não confrontar a terapeuta a partir de seus conhecimentos e se colocar em posição de refletir, sem emitir julgamentos. Exemplo: *"É... Tenho dificuldade pra terminar relacionamento"*.

5) Verbalizações assertivas:
Verbalizações de discordância, questionamentos, relatos sobre as características da terapeuta, posicionamentos com relação às interpretações ou verbalizações da terapeuta sem a função de esquiva e de forma socialmente apropriada. Exemplo: *"Olha, com caráter sexual não, mas tem a ver com a questão assim da proximidade com as pessoas, então conforme eu vou ficando mais próximo, vai diminuindo essa ansiedade [...]"*.

As categorias de respostas de esquiva e não esquiva correlacionam-se da maneira disposta na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorias de resposta de esquiva e não esquiva do cliente

Esquiva	Não esquiva
a) Relato de outros	a) Autorrelatos
b) Confrontar	b) Verbalizações adequadas
c) Racionalizar	c) Permissividade
d) Autopromover	d) Autopercepção
e) Dissociação	e) Exposição de sentimentos

Com relação à análise do comportamento da terapeuta, utilizou-se o *Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Terapêutica*s (Zamignani, 2007), o qual foi adaptado para o presente estudo. São elas:

a) Solicitação de relato: solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos e pensamentos.
b) Solicitação de relato de encoberto: solicita principalmente relatos a respeito de sentimentos, pensamentos e fantasias.
c) Solicitação de reflexão: solicita que o cliente qualifique, explique, reflita e estabeleça relações funcionais entre eventos.
d) Interpretação: verbalizações que descrevem, supõem ou estabelecem relações causais ou explicativas a respeito do comportamento do cliente.
e) Empatia: verbalizações que sugerem acolhimento, cuidado, validação da experiência ou sentimento do cliente e aceitação.
f) Aprovação: avaliações e julgamentos favoráveis sobre os comportamentos do cliente.
g) Facilitação: verbalizações curtas e paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente, indicam atenção e sugerem continuidade.

Ressalta-se que, no processo de coleta de dados, algumas sessões obtiveram um maior número de episódios verbais selecionados, nos quais se observou uma maior ocorrência do fenômeno pesquisado. Considerando que cada episódio verbal teve variação de minutos, algumas sessões tiveram apenas um excerto, entretanto com maior tempo, e outras tiveram vários excertos com menor tempo.

Selecionaram-se por sessão os seguintes números de excertos: 6ª sessão (4); 7ª sessão (1); 8ª sessão (1); 9ª sessão (5); 10ª sessão (5); 11ª sessão (3); 12ª sessão (3); 13ª sessão (4); 14ª sessão (3); 15ª sessão (2); 16ª sessão (2); 17ª sessão (6); 18ª sessão (1); 19ª sessão (3); 20ª sessão (3) e 21ª sessão (1). A última sessão foi analisada integralmente e, por essa razão, contabilizou como um único excerto, justamente por ter havido predominância das respostas de não esquiva, autorrelato e exposição de sentimentos do cliente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificam-se nos episódios verbais que as respostas de esquiva tiveram a seguinte frequência acumulada:

1) Racionalizar: 136 ocorrências, com maior frequência na 9ª sessão (32) e menor frequência na 13ª e 17ª sessões (1). (M: 8,5; DP: 7,75)
2) Autopromover: 46 ocorrências, com maior frequência na 7ª sessão (23) e frequência zero na 8ª, 10ª, 13ª a 18ª e 21ª sessões. (M: 2,9; DP: 5,93)
3) Relato de outros: 25 ocorrências, com maior frequência na 7ª sessão (15) e frequência zero nas sessões 12ª a 17ª, 19ª e 21ª sessões. (M: 1,6; DP: 3,7)
4) Dissociar: 18 ocorrências, com maior frequência na 9ª sessão (4) e frequência zero 11ª, 12ª, 15ª, 16ª, 18ª, 20ª e 21ª sessões. (M: 1,1; DP: 1,3)
5) Confrontar: 15 ocorrências, com maior frequência na 7ª e 20ª sessões (4) e frequência zero da 8ª a 11ª, 13ª, 15ª, 17ª, 18ª e 21ª sessões. (M: 0,9; DP: 1,4)

Nas sessões iniciais (6ª a 9ª), predominaram as respostas de racionalizar e se autopromover. De 65 ocorrências, no entanto, a resposta de racionalizar nas 4 primeiras sessões reduziu para 28 ocorrências nas 4 sessões subsequentes, enquanto a frequência da resposta de autopromover-se reduziu de 34 ocorrências para 7.

Na 20ª sessão, a resposta de esquiva da categoria autopromover-se voltou a ocorrer, todavia com menor frequência: 4 ocorrências. De acordo com análises funcionais dos problemas clínicos, levanta-se a hipótese de que essa sessão fez referência a temas de alto limiar de aversividade para o cliente devido à sua história de controle aversivo.

Brandão (1999) citou que as queixas emocionais dos clientes são produtos de longa história de estimulação aversiva e comportamentos de fuga-esquiva que passaram a trazer diversas consequências, tais como: falta de contato com reforçadores positivos com consequentes *déficits* comportamentais; recorrência de respostas emocionais; sentimentos dolorosos; impossibilidade de sentimentos positivos que as situações evitadas poderiam produzir; aumento do potencial aversivo da situação evitada; generalização de respostas emocionais; as próprias respostas emocionais tornarem-se reforçadores negativos, de modo que o indivíduo passa a querer controlá-las.

A partir dessa hipótese, e de acordo com Brandão (1999), explica-se também a alta frequência de respostas de esquiva da categoria racionalizar (136), pois, ao "dar razão" aos seus comportamentos sem correlato emocional, evita-se o processo do sentir. Skinner (1953/2003, p. 320) descreve o processo da "racionalização" como uma relação controladora, na qual "o relato aversivo de uma relação funcional pode ser reprimido através da comunicação de uma relação fictícia". Assim, o cliente busca causas aceitáveis para o seu próprio comportamento.

No caso clínico, os temas associados à constante estimulação aversiva favoreceram que fossem selecionadas em seu repertório as respostas de esquiva descritas nas categorias. Esses se referem a dificuldades encontradas pelo cliente nos seus relacionamentos interpessoais, sejam amorosos ou do ambiente de

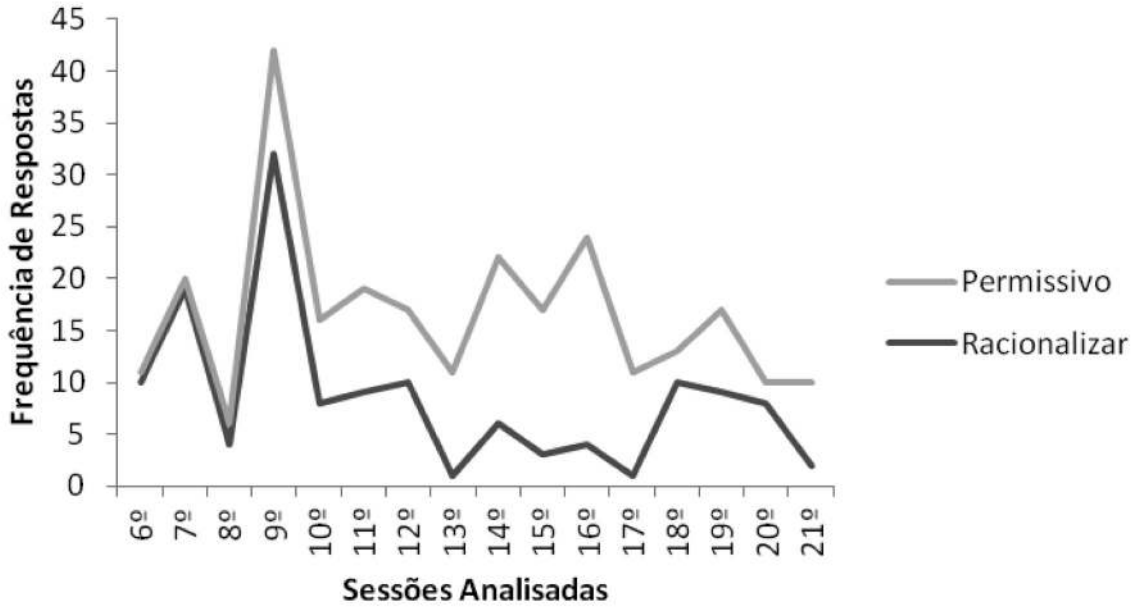

Figura 1. Comparação entre as respostas de racionalizar (esquiva) e as respostas de permissividade (não esquiva) ao longo de vinte e uma sessões de psicoterapia.

trabalho, a dificuldades em autorrelatos e descrição de sentimentos, bem como de tomar consciência de seus próprios comportamentos.

Outro dado importante visualizado no decorrer das sessões foi a oscilação na frequência das respostas de esquiva. Por exemplo, na 20ª sessão houve aumento na frequência da resposta de autopromover-se, que se manteve enfraquecida até a sessão em questão. A Figura 1 demonstra essa oscilação ao comparar a resposta de esquiva denominada racionalizar e a resposta de não esquiva denominada permissividade.

Levanta-se a hipótese de que padrões de comportamento demorem a ser extintos em comparação, especialmente, com a aprendizagem de um novo padrão comportamental. Isso se deve ao fato de que a maior parte dos padrões de comportamento são mantidos em esquemas de reforçamento intermitentes (Catania, 1999). A característica que define um esquema de reforçamento intermitente é o fato de que nem todas as respostas são seguidas de reforço e, em geral, produzem uma frequência de respostas maior que os esquemas de reforço contínuo. Portanto, os esquemas intermitentes, principalmente os variáveis, são resistentes à extinção (Moreira & Medeiros, 2007). Ainda, considerando envolver comportamento operante, um esquema de reforçamento contínuo é mais eficaz para a aquisição de um novo comportamento e engloba um contínuo processo de modelagem (Catania, 1999).

Nesse processo de aprendizagem de novos comportamentos e no seu refinamento, pode-se pressupor que o comportamento de esquiva restringe o repertório do indivíduo. Ao evitar entrar em contato com eventos privados aversivos e situações potencialmente aversivas, perdem-se os benefícios do autoconhecimento e o contato com reforçadores positivos (Cordova & Kohlenberg, 1994).

Sobre isso, Sidman (1995) afirma que são muitos os efeitos causados por propriedades ambientais condicionadas à estimulação aversiva, nas quais são gerados produtos colaterais, tais como: ansiedade, depressão e, a depender da intensidade e frequência da consequência aversiva, alguns transtornos psiquiátricos (fobias, transtornos obsessivo-compulsivos, abuso de substâncias, entre outros). No caso do cliente deste estudo, além de respostas de esquiva predominantes em seu repertório, o comportamento adjuntivo, denominado síndrome do cólon irritável[1], também foi identificado e corresponde a uma das queixas que o levaram a procurar psicoterapia. A intervenção proposta possibilitou que o cliente pudesse vir a acessar seus eventos privados aversivos, permitindo que assim desenvolvesse repertórios que oferecessem condição de aprendizagem do comportamento de tolerância emocional.

Analisou-se a relação entre a díade terapeuta-cliente. A Figura 2 expõe o número total de respostas de esquiva do cliente por sessão.

Observa-se que não ocorreu bloqueio de esquiva com frequência significativa em todas as respostas de esquiva do cliente, principalmente na 6ª, 7ª, 8ª e 9ª, 12ª e 20ª sessões. Dois aspectos importantes fazem referência a essa questão, ambos associados à relação terapêutica. Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) in-

[1] Sobre síndrome do cólon irritável, sugere-se a leitura de: Gimenes, Brandão e Benvenuti, 2005.

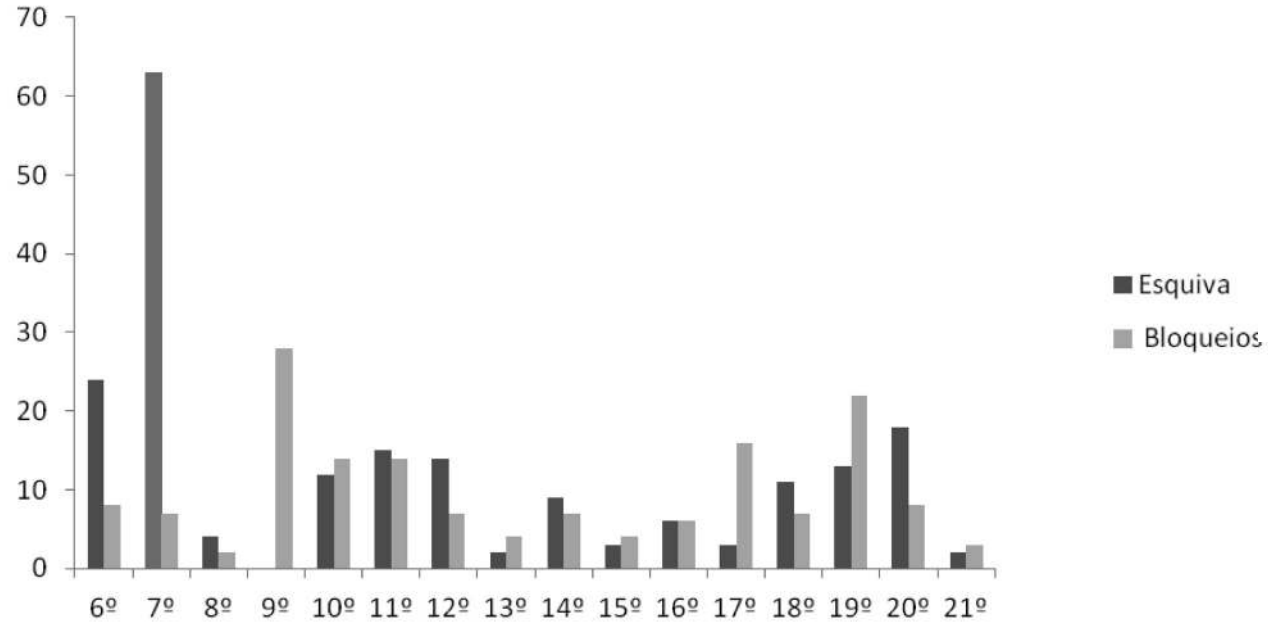

Figura 2. Comparação entre a frequência de respostas de esquiva do cliente e a frequência das habilidades terapêuticas categorizadas como bloqueio de esquiva.

dicam a importância do cuidado em relação ao controle aversivo na sessão, uma vez que as queixas dos clientes são resultantes de contingências históricas e atuais de punição. Ainda, Skinner (1953/2003), ao tratar das agências controladoras, e sendo a psicoterapia uma delas, enfatizou a importância do terapeuta se constituir em uma audiência não punitiva, oferecendo à relação terapêutica um caráter diferente das demais agências controladoras. Destaca-se que somente sob essa prática os comportamentos anteriormente punidos, que foram suprimidos do repertório do sujeito, começariam a aparecer no âmbito terapêutico. Ao descrever como o terapeuta se estabelece em uma audiência não punitiva no contexto terapêutico, Skinner (1953/2003) enfatizou:

> *Particularmente, evita qualquer sinal de contra-agressão quando o paciente de alguma maneira critica-o ou ofende. O papel de não punir fica mais claro, quando o terapeuta frequentemente responde de modo incompatível com a punição [...] o aparecimento do comportamento previamente punido na presença de uma audiência não-punitiva torna possível a extinção de alguns efeitos da punição. (Skinner, 1953/2003, p. 403-404)*

Nesse contexto, os autores Kohlenberg e Tsai (1991/2001) não recomendam bloquear todas as respostas de fuga/esquiva, justamente porque o bloqueio de esquiva funciona como controle aversivo e acarreta todos os efeitos indesejáveis a ele associados. Recomendam que os bloqueios de esquiva sejam aplicados com moderação em um contexto que predomine o reforço positivo, o respeito e o cuidado com o cliente, atentando para a sua tolerância aos estímulos aversivos.

Em concordância com o pressuposto da audiência não punitiva, durante o procedimento de bloqueio

de esquiva, observou-se que em algumas sessões houve maior frequência de respostas de esquiva em comparação aos bloqueios realizados (citam-se as sessões 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 12ª e 20ª). Embora não sejam bloqueadas todas as respostas de esquiva, quando esse procedimento é utilizado em conjunto com a habilidade terapêutica denominada *facilitação*, nota-se sua eficácia. Exemplo de um excerto em que esse processo ocorre:

C: *Assim, a questão do próprio jeito, eu era muito diferente na cidade... (autorrelato, a partir de verbalizações anteriores da terapeuta com função de bloqueio de esquiva)*
T: *Será que é só em [cidade] que você se sentiu estranho, [nome]? (Solicitação de relato de encoberto, dispondo estímulos discriminativos para que o cliente possa tatear seus eventos privados aversivos)*
(cinco minutos de silêncio)
C: *Olha na verdade* é*... Na verdade é sabe, nos outros lugares não... Eu até... É, por exemplo, quando eu fui pra [outra cidade] me adaptei muito bem lá... Na... Quando eu tava [sic] no seminário, eu arrumei namorada lá e tudo e eu me adaptei bem... (categoria resposta de esquiva de racionalizar)*
T: *Aham. (facilitação)*
C: *Em [outra cidade] eu demorei por falta de dinheiro e também pelo meu próprio estilo, eu sou fechado mesmo, até eu pegar amizade com o povo eu sou fechado mesmo. (racionaliza)*
T: *Aham. (facilitação)*
C: *Mas daí as coisas fluíram não como eu gostaria, mas fluíram... (racionaliza)*
T: *E o que será que faz que você seja assim tão fechado? (bloqueio de esquiva)*
(cinco minutos de silêncio)
C: *Hum? Acho que é medo de... É, é de... Não ser aceito em um determinado grupo, é aquela velha história que, que eu vou fazer, o que eu vou dizer, o que vão pensar de mim... (autorrelato)*

Ainda em relação à figura 2, observa-se que nas sessões 10ª, 13ª, 15ª, 17ª, 19ª e 21ª as habilidades terapêuticas categorizadas como bloqueio de esquiva tiveram frequência superior às respostas de esquiva do cliente. No decorrer das análises dos episódios verbais, especialmente dessas sessões, identificou-se uma mudança na função das habilidades terapêuticas anteriormente usadas para bloqueio de esquiva, as quais passaram a exercer função de manter o cliente em contato com os seus eventos privados e, com essa finalidade, a terapeuta utilizou questionamentos (solicitação de relatos e solicitação de relatos de encobertos), reflexões e interpretações para proporcionar o encorajamento da auto-observação, da redução da autoculpa e da ampliação da aceitação. Obteve-se aumento da frequência do comportamento de tolerância emocional do cliente frente a contingências aversivas. Exemplo de um excerto:

T: *Veja que interessante, [nome], o que você me disse, essa... Esse pensamento que vem, de eu tá [sic] ali defecando pela demora, pra mim é negativo... Né... É diferente do julgamento do outro... (interpretação)*
C: *Aham, é isso é o que eu penso realmente... Porque, digamos assim, lá no serviço, eu poderia sair lá contar uma piada e... E tudo bem, beleza e azar mesmo... O problema é [sic] eu mesmo... (autorrelato)*
T: *Isso. E você é você ou o que o outro pensa de você? (Solicita relato de encoberto, mantendo o cliente em contato com a estimulação aversiva)*
C: Não, eu sou eu, mas o problema é esse, é que eu me sinto *mal... (exposição de sentimentos)*
T: *[...] Você se sente mal, não pelo julgamento do outro, mas pelo que você pensa sobre o que o outro pode pensar de você. (interpretação)*

C: *É... É isso mesmo... (permissivo)*
T: *E como é que será que a gente faz com isso agora? (solicita relato)*
C: *Pois é, esse é o grande problema, ou solução né. (permissivo)*

Observa-se que a promoção de tolerância emocional pode estar diretamente relacionada ao sucesso terapêutico com clientes que apresentam predominância de respostas de esquiva em seu repertório comportamental (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Hayes, 1987). Descreve-se que neste estudo observou-se que o bloqueio de esquiva tinha como função manter o cliente em contato com o estímulo aversivo, evocando relatos mais apurados sobre as questões que produziam sofrimento para ele.

Conforme a Figura 2 apresenta, na 12ª, 14ª e 20ª sessões houve respostas de esquiva do cliente em uma frequência superior às de bloqueio, mesmo com vínculo terapêutico estabelecido e a intervenção denominada bloqueio de esquiva obtendo os resultados esperados. Nessas sessões, analisa-se que a terapeuta emitiu respostas de esquiva frente às respostas do cliente, não as bloqueando. Considera-se que as respostas categorizadas como esquiva do cliente eram de difícil manejo, o que possivelmente produziu uma flutuação na relação com a terapeuta (aproximação e afastamento), especialmente ao emitir algumas respostas corporais que impactavam a terapeuta negativamente, como a forma de olhar, de insinuar-se sexualmente e suas expressões intensas de raiva e confronto. Pode-se caracterizar o caso como de difícil manejo, visto que a literatura os define como aqueles que confrontam o terapeuta não só profissional, mas também pessoalmente, causando um impacto na pessoa do terapeuta e exigindo não só que se atente para suas habilidades terapêuticas, como também para suas questões pessoais e de valores como um todo (Souza & Vandenberghe, 2007; Oshiro, 2011).

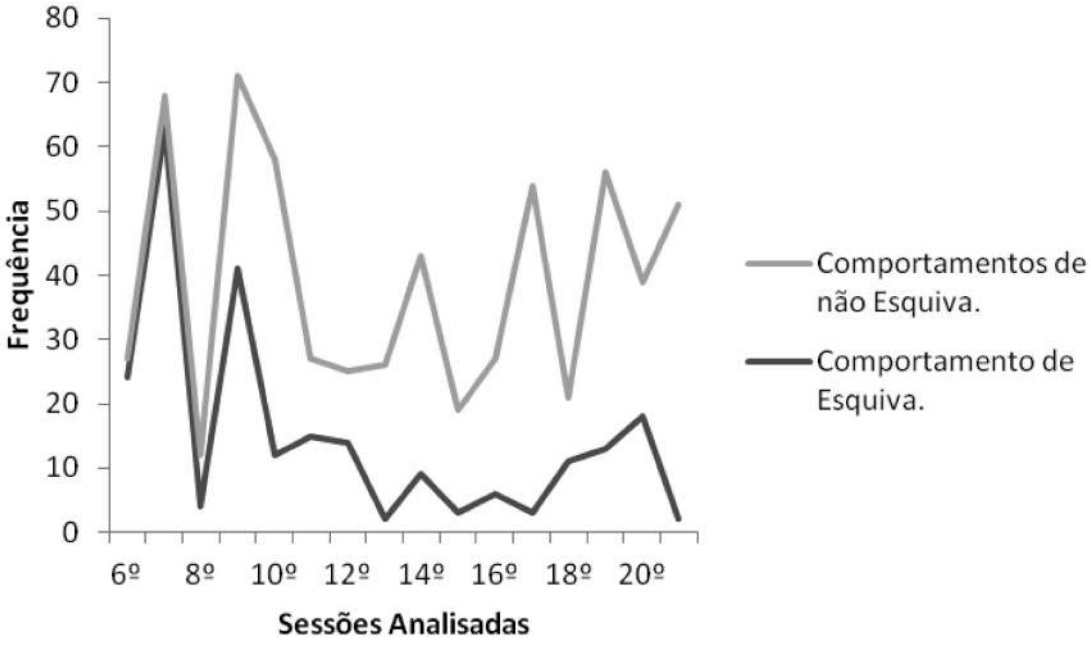

Figura 3. Comparação entre respostas de esquiva e não esquiva do cliente ao longo das sessões analisadas.

A partir do bloqueio de esquiva, buscou-se ampliar com o cliente sua capacidade de suportar a estimulação aversiva, produzindo a tolerância emocional e oferecendo condições para ampliar repertórios de habilidades interpessoais. Kohlenberg e Cordova (1994) apontam algumas possibilidades para promover a tolerância emocional, tais como encorajar o cliente a autoperceber-se, reduzir a autoculpa, sinalizar e pontuar as suas experiências emocionais.

A Figura 3 evidencia os resultados obtidos no decorrer do processo terapêutico e demonstra o aumento da frequência de respostas de não esquiva do cliente na sessão em comparação com as respostas de esquiva.

Nota-se que, ao longo do processo terapêutico, as respostas de não esquiva foram gradativamente se sobressaindo às respostas de esquiva. Levanta-se a hipótese de que o cliente aprendeu um repertório de tolerância ao sofrimento, tornando-o apto a experimentar e observar tanto seu mundo privado quanto o público. Desse modo, possibilita-se a aprendizagem de um repertório para lidar com eficiência e menos sofrimento em diversas situações que exijam enfrentamento.

No estudo, identificaram-se também as habilidades terapêuticas que apareceram com maior frequência nos episódios verbais analisados. São elas: facilitação (293); solicitação de relato (131); interpretação (63); empatia (52); solicitação de relato de encoberto (45); solicitação de reflexão (22) e aprovação (8). A frequência dessas habilidades terapêuticas está disposta na Figura 4.

Predominaram as habilidades de solicitação de relato (68), interpretação (30) e solicitação de relato de encoberto (33). É possível que a relação terapêutica em casos de difícil manejo, nos quais se utiliza o

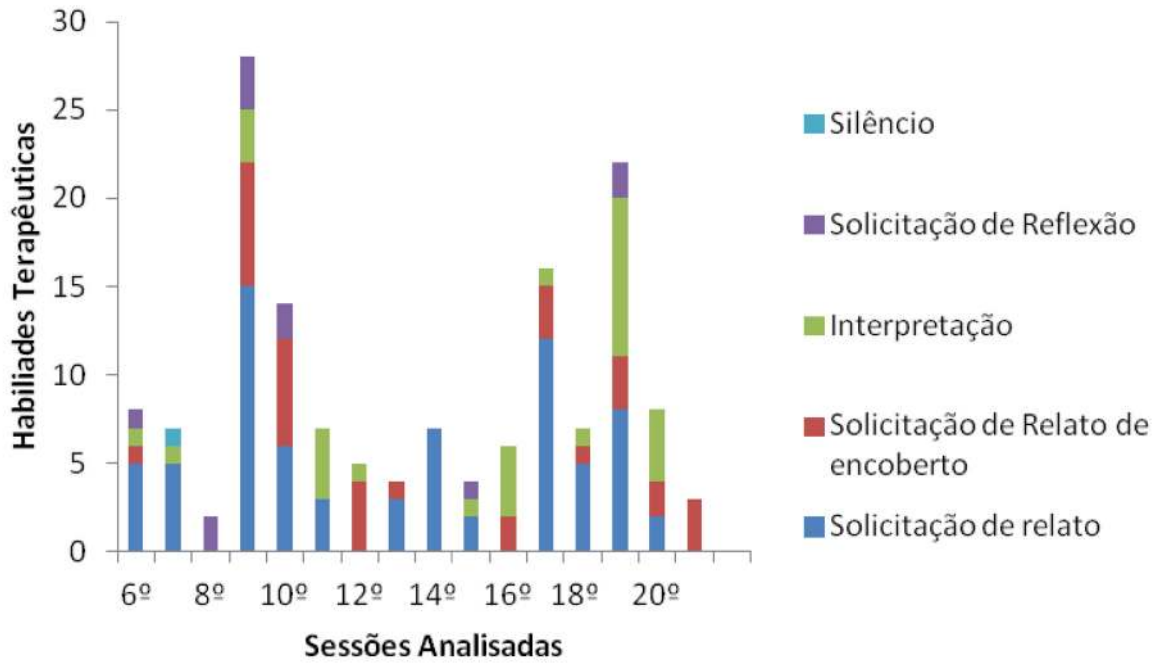

Figura 4. Frequência das habilidades terapêuticas utilizadas nos episódios verbais analisados.

bloqueio de esquiva, seleciona essas habilidades no repertório do terapeuta.

No decorrer do tratamento dos dados, pôde-se analisá-los qualitativamente, via observação dos episódios verbais e de respostas do cliente e da terapeuta em contínuo, o que permitiu observar que, em algumas situações, a terapeuta utilizou-se da habilidade de solicitação de relato com a função de bloqueio de esquiva. Todavia o cliente continuava a emitir respostas de esquiva e somente após respostas de facilitação por parte da terapeuta é que se ofereceu condição para o cliente fazer enfrentamento de aversivos. Outra observação se refere às verbalizações da terapeuta da categoria empatia ou aprovação, em que o cliente respondia se esquivando. Esse fato foi mais frequente nas sessões iniciais, nas quais predominaram respostas de esquiva de modo geral, como a de se autopromover.

Pressupõe-se que o cliente teve *déficits* na aprendizagem de relacionamentos íntimos e, possivelmente por essa razão, responde com não aceitação do acolhimento da terapeuta. Essa hipótese é respaldada em Kohlenberg e Tsai (2009/2011), que refletem sobre a relação de intimidade e descrevem que interações contínuas com pessoas próximas ou a falta delas influencia todos os processos de relação interpessoal, sendo que esses processos estão implícitos na instalação, manutenção ou recaída de desordens clínicas.

Conforme Rocha (2008) e Oshiro (2011), em casos de clientes considerados de difícil manejo e com problemas de relacionamentos interpessoais, observa-se baixa frequência na habilidade terapêutica de aprovação e, quando ela ocorre, a resposta que predomina no repertório do cliente é a de oposição. Compreende-se, portanto, a baixa frequência da emissão das habilidades terapêuticas de empatia e aprovação nas primeiras sessões.

Por meio de análise qualitativa, no que se refere a bloquear as respostas de esquiva, observou-se que ao facilitar o relato do cliente antes de emitir a solicitação de relato com função de bloqueio, houve redução da aversividade do procedimento. Desse modo, o procedimento diminuía o grau de diretividade, estando de acordo com a literatura que sugere serem pouco eficazes as interações diretivas com clientes de difícil manejo (Oshiro, 2011).

Outro dado qualitativo refere-se à habilidade de manter-se em silêncio como função de bloqueio de esquiva, o que ocorreu de maneira predominante na 7ª sessão (3 minutos contínuos), na qual houve a maior frequência de respostas de esquiva (63). Ao deparar-se com a sequência de respostas de esquiva do cliente, como autopromover-se e confrontar, a terapeuta emitiu maior frequência de facilitações e solicitações de relato, habilidades precedidas por longos períodos de silêncio, os quais são aqui considerados como parte do procedimento de bloqueio de esquiva, pois nesses momentos modelava-se o repertório de aceitação do cliente diante da estimulação aversiva.

Quando o cliente passou a emitir respostas consideradas de não esquiva, mesmo sob o controle de estimulação aversiva, a terapeuta buscou mantê-lo nessa condição, potencializando a aprendizagem de tolerância emocional. Para isso, a habilidade que mais se utilizou foi a de interpretar, resposta com a segunda maior frequência de bloqueios utilizados.

Reflete-se que, em casos de difícil manejo terapêutico, para o aumento da frequência de respostas de

não esquiva do cliente, principalmente autorrelato e permissividade, as habilidades terapêuticas de facilitação, solicitação de relato e interpretação associadas, em um procedimento de bloqueio de esquiva, podem ser eficazes. Ainda, ao buscar favorecer que o cliente reduzisse suas respostas de não esquiva, colocando-se permissivo, a habilidade de solicitação de reflexão teve maior frequência e promoveu condições para que o cliente viesse a discriminar que seus comportamentos eram produtos de uma história de aprendizagem, favorecendo não ficar sob o controle de uma história de reforçamento passado e ampliando seu repertório ao prover estímulos para que entrasse em contato com as contingências atuais. Dessa forma, nas habilidades terapêuticas que não foram utilizadas apenas com função de bloquear esquiva, a categoria de solicitação de reflexão teve frequência relevante, sendo a quinta mais emitida.

Durante o processo, observou-se que, a partir de uma solicitação de relato, o cliente emitia diversas respostas de esquiva e, ao utilizar-se da interpretação nesses momentos, a terapeuta favoreceu a emissão de respostas de não esquiva. De acordo com Zamignani (2007), a habilidade terapêutica de interpretar produz mudanças no processo terapêutico e, neste estudo, pode-se observar sua contribuição no procedimento de bloqueio de esquiva.

A habilidade de empatia aumentou de frequência no decorrer das sessões, totalizando 9 ocorrências nas sessões iniciais (6ª a 9ª) e, nas sessões posteriores (18ª a 21ª), 28 ocorrências. Notou-se, via observações das sessões analisadas, que esse aumento das verbalizações empáticas da terapeuta acompanhou o aumento da categoria de não esquiva do cliente, de autorrelato e exposição de sentimentos. Com esse dado, analisa-se que houve fortalecimento do vínculo terapêutico ao dar modelo de intimidade para o cliente, facilitando a aplicação do procedimento de bloqueio de esquiva ao reduzir a aversividade da relação. Com o fortalecimento da relação terapêutica houve o favorecimento da abordagem de temas de caráter mais aversivo para o cliente, visto que essa exposição promoveu aceitação e tolerância emocional.

Desse modo, neste estudo, concluiu-se que, em um procedimento de bloqueio de esquiva, as habilidades terapêuticas predominantes são solicitação de relato e interpretação, as quais favoreceram o aumento de respostas de não esquiva do cliente, obtendo como resultado o aumento de respostas de autorrelato, exposição de sentimentos e acesso aos eventos privados aversivos, produzindo a tolerância emocional. Esse processo também favoreceu as condições para o desenvolvimento de repertórios de habilidades interpessoais e flexibilidade comportamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas em processos terapêuticos adicionam ganhos terapêuticos para os clientes e para os profissionais, principalmente aqueles que se encontram em processo de formação na área clínica-comportamental. Esse estudo apresenta alguns pontos norteadores para pesquisas semelhantes, tais como a importância de aprimorar conhecimentos que envolvam o comportamento verbal e a sistematização dos dados encontrados nesse comportamento social específico. Diversas pesquisas vêm sendo desenvolvidas, buscando compreender as nuances da interação terapeuta-cliente. Algumas delas pontuam a dificuldade e os problemas existentes na elaboração, definição e aplicação de categorias para a classificação do comportamento (Donadone, 2004; Garcia, 2001; Meyer, 2009;

Oshiro, 2011; Rocha, 2008; Zamignani & Meyer, 2007). Tendo em vista essas questões, em trabalhos futuros, destaca-se a relevância de definir um método que enfatize a análise especificadamente das sessões, tanto em termos de categorias do cliente quanto do terapeuta.

O presente estudo resultou em uma macroanálise do fenômeno e das mudanças clínicas envolvidas e delimitadas nas categorias de respostas de esquiva e não esquiva. Recomenda-se que estudos futuros contemplem juízes, com a finalidade de reduzir possíveis vieses na análise das categorias. De acordo com Zamignani e Meyer (2007), bons resultados de pesquisas clínicas analítico-comportamentais dependerão da forma como os desafios metodológicos serão direcionados, da natureza do fenômeno com o qual se está lidando na clínica, das especificidades da teoria analítico-comportamental na interpretação desses fenômenos e do reconhecimento do alcance e limitações de cada método.

Este trabalho aproximou-se de compreender as nuances envolvidas na relação da díade terapeuta-cliente que promoveram mudanças clínicas relevantes. Destaca-se como ponto significativo deste trabalho, também, a referência às contingências aversivas no processo terapêutico. Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) sugerem que não se pode negar ou ignorar o papel do controle aversivo na relação terapêutica. Com este estudo, esclarece-se que o procedimento de bloqueio de esquiva exerce função aversiva para o cliente, porém, associado com habilidades terapêuticas que focam no vínculo e no cuidado para com o cliente, tende-se a promover mudanças comportamentais significativas, principalmente em casos de difícil manejo terapêutico.

REFERÊNCIAS

Brandão, M. Z. S. (1999). Estratégias clínicas para lidar com o comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *1*(2), pp. 179-187.

Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. In J. Abreu-Rodrigues, M. R. Ribeiro (Orgs.). *Análise do comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação* (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.

Cordova, J. V., & Kohlenberg R. J. (1994) *Acceptance and therapeutic relationship.* In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, M. V. Follete, & M. Dougher. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Nevada: Context Press.

Conte, F. C. S., & Regra, J. A. G. (2006) A psicoterapia comportamental infantil: Novos aspectos. In E. F. M. Silvares. *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. (Vol. I, pp. 79-136). Campinas: Papirus.

Donadone, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Dutra, A. (2010). Esquiva experiencial na relação terapêutica. In A. K. C. R. de-Farias. *Análise comportamental clinica: Aspectos teóricos e estudos de cas*o (pp.201-214). Porto Alegre: Artmed.

Garcia, M. R. (2001). *Uma tentativa de identificação de respostas de esquiva e da utilização do procedimento de bloqueio de esquiva através da análise de uma relação terapêutica* (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação

em Psicologia Experimental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

Gimenes, L. S, Brandão, A. M., & Benvenuti, M. F. (2005). Comportamento adjuntivo: Da pesquisa à aplicação. In J. Abreu-Rodrigues; M. R. Ribeiro (Orgs.). *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 99-112). Porto Alegre: Artmed.

Guilhardi, H. J. (2001). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clinica? In R. A. Banaco (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 1, pp. 316-330). Santo André: Esetec.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.

Juliani, J.; Garcia, M. R.; Neto, C. A.; Massabki, L. G. S., & Arndt. M. F. C. (2011). Episódios verbais como instrumento da relação terapêutica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *13*(3), pp. 16-33.

Kohlenberg, R. J.; Kohlenberg, B., & Tsai, M. (2009\2011). Intimidade. In Tsai, M; Kohlenberg, R. J.; Kanter, J. Kohlenberg, W.; B.; Follette, W.; Callaghan, G. M. *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André: Esetec.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia analítico-funcional: Criando relações terapêuticas, intensas e curativas*. Santo André: Esetec.

Meyer, S. B. (2009). *Análise das categorias de recomendação e interpretação: Banco de dados de terapeutas comportamentais* (Tese de livre docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamen*to. Porto Alegre: Artmed.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: A psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Rocha, G. V. M. (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto risco: Modificação de padrões antissociais e diminuição da reincidência criminal* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Sidman, M. (1989/1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Psy.

Skinner, F. B. (1953/2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Souza, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidade da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes Borderline. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *9*(1), pp. 1-11.

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

Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal no contexto clinico: Contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *9*(2), pp. 241-259.

Recebido em 01/03/2017
Revisado em 16/06/2017
Aceito em 03/07/2017