RBTCC
e-ISSN: 1982-3541
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Desenvolvimento de Protótipos para a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP)

Development of Prototypes for Behavior-Analytic Therapy (TAC) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

Desarrollo de Prototipos para Terapia Analítica-Conductual (TAC) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

Gibson Weydmann [1]
Marilia Barban [2]
Denis Zamignani [2]
Fernanda Barcellos Serralta [3]
Janaína Thaís BarbosaPacheco [4]

[1]Universidade La Salle
[2]Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada, Instituto Par
[3]Estudos Integrados em Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP)
[4]Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Correspondente
* gibson.weydmann@unilasalle.edu.br

RESUMO: Este estudo objetivou descrever o processo de tratamento da Terapia Analítico Comportamental (TAC) e da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) utilizando o instrumento Psychotherapy Process Q-Set (PQS) para criar protótipos de psicoterapia. Participaram do estudo doze psicoterapeutas especialistas em TAC e sete especialistas em FAP. Os terapeutas responderam a todos os itens do PQS considerando um processo ideal de psicoterapia. Dados sociodemográficos foram coletados para todos os profissionais. Análises de confiabilidade e de componentes principais foram realizadas para avaliar a coerência nas respostas dos terapeutas TAC e FAP. Os resultados sugerem que os especialistas de TAC e FAP entendem de maneira similar o processo de psicoterapia e que um único protótipo de psicoterapia (pTAC|FAP) pode ser suficiente para explicar variações no processo clínico de ambos os modelos. Estudos futuros podem avaliar o quanto o pTAC|FAP correlaciona com o processo de psicoterapia de terapeutas treinados em TAC ou FAP.

Palavras-chave: Terapia Analítico-comportamental, Psicoterapia Analítica Funcional, *Psychotherapy Process q-set*, Análise do Comportamento.

ABSTRACT: This study aimed to describe the treatment process of Behavioral-Analytic Therapy (TAC) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP) using the *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) to create psychotherapy prototypes. Twelve psychotherapists specialized in TAC and seven specialized in FAP participated in the study. The therapists answered all PQS items considering an ideal psychotherapy process. All therapists provided sociodemographic data. Reliability and principal component analyses were conducted to evaluate response coherence for TAC and FAP therapists. The results suggest that TAC and FAP specialists understand the psychotherapy process similarly and that a single psychotherapy prototype (pTAC|FAP) may be sufficient to explain variations in the clinical process of both models. Future studies may assess how much pTAC|FAP correlates with the psychotherapy process of therapists trained in TAC or FAP.

Dados do Artigo
DOI: 10.31505/rbtcc.v26i1.1884
Recebido: 03 de Janeiro de 2024
1º Decisão: 20 de Abril de 2024
Aprovado: 04 de Fevereiro de 2025
Publicado: 31 de Janeiro de 2025
Editor-Chefe: Dr. Fábio Henrique Baia
Editor-Responsável: Dr. Fábio Henrique Baia
Editor Adjunto: Dr. Pedro Felipe dos Reis Soares
Editor Associado: Dr. Willian de Souza Rodrigues
Estagiário: Lucas Peretti

Declaração: Os autores GW, MB, DZ, FBS e JTBP declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Como citar este documento
Weydmann, G. , & Barban, M. , & Zamignani, D. & Serralta, F. B., & Pacheco, J. T. B. (2024). Desenvolvimento de Protótipos para a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 26, 217-230. https://doi: 10.31505/rbtcc.v26i1.1884

OPEN ACCESS
É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Keywords: Behavioral-Analytic Therapy, Functional Analytical Psychotherapy, Psychotherapy Process q-set, Behavior Analysis.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de tratamiento de la Terapia Analítica-Conductual (TAC) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) utilizando el instrumento *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) para crear prototipos de psicoterapia. Participaron del estudio doce psicoterapeutas especializados en TAC y siete especialistas en FAP. Los terapeutas respondieron a todos los ítems del PQS considerando un proceso de psicoterapia ideal. Se recogieron datos sociodemográficos de todos los profesionales. Se realizaron análisis de confiabilidad y componentes principales para evaluar la consistencia en las respuestas de los terapeutas TAC y FAP. Los resultados sugieren que los especialistas de TAC y FAP entienden el proceso de psicoterapia de manera similar y que un único prototipo de psicoterapia (pTAC|FAP) puede ser suficiente para explicar las variaciones en el proceso clínico de ambos modelos. Estudios futuros pueden evaluar cuánto se correlaciona pTAC|FAP con el proceso de psicoterapia de terapeutas formados en TAC o FAP.

Palabras clave: Terapia Analítico-Conductual, Psicoterapia Analítica Funcional, Proceso de psicoterapia q-set, Análisis de comportamiento.

Uma das abordagens que embasa a prática psicoterápica no Brasil é a Análise do Comportamento (AC) (Leonardi, 2015; Leonardi & Meyer, 2016; Zamignani et al., 2024). Os modelos de psicoterapia derivados da AC são chamados de Análise Comportamental Clínica (ACC) e incluem terapias com diferentes níveis de evidência empírica (Zettle, 2020). As intervenções específicas e a população-alvo de cada modelo de ACC variam. No entanto, os tratamentos agrupados dentro da categoria ACC possuem pontos de convergência importantes (Zettle, 2020). O comportamento humano é sempre entendido com base na ideia de seleção pelas consequências, onde se assume que qualquer comportamento, seja público ou privado (e.g., emoções e pensamentos), é selecionado pelo contexto em que ocorre e deve ser compreendido sob um recorte externalista e contextualista, resultado da interação entre fatores evolutivos, variáveis ontogenéticas e culturais (Skinner, 1981). A análise funcional é a principal ferramenta de formulação de caso das ACCs para identificar os contextos nos quais o comportamento ocorre, as reações respondentes (e.g., emoções e sensações) e operantes (e.g., instrumentais) do cliente, as consequências que reforçam tais reações e em quais elos da cadeia comportamental é possível a aprendizagem de novos repertórios (Costa & Marinho, 2002; Woods & Kanter, 2007). Outro ponto de convergência entre os modelos de ACC é a compreensão sobre o sofrimento humano, entendido como um descompasso entre os comportamentos funcionais e adaptativos selecionados ao longo do desenvolvimento e as contingências atuais da vida do indivíduo, que exigem novos repertórios de ação (Woods & Kanter, 2007).

Um dos modelos de ACC utilizado por terapeutas no Brasil é a Terapia Analítico-Comportamental (TAC). Criada na década de 80 por terapeutas comportamentais brasileiros, a TAC é embasada epistemologicamente no behaviorismo radical e as intervenções clínicas são elaboradas considerando princípios teóricos e dados empíricos derivados de pesquisas da AC (Leonardi, 2015; Meyer et al. 2010; Zamignani & Banaco, 2017). Os principais objetivos da TAC atualmente consistem em: (a) auxiliar o cliente a analisar funcionalmente seu próprio comportamento com base em sua história e nas contingências de reforçamento atuais; (b) promover variabilidade comportamental para que o cliente possa flexibilizar seu comportamento em novos contextos; (c) desenvolver ou aprimorar o repertório do cliente de modo a alterar a função das condições ambientais que geram sofrimento; (d) promover mudanças em relações verbais (e.g., linguagem e cognição) e comportamentos correlatos ao convidar o cliente para analisar seus comportamentos privados como um produto do contexto; (e) proporcionar, em sessão, experiências emocionais que ampliem o repertório comportamental do cliente ao possibilitar novas maneiras de reagir ao contexto emocional (Dittrich, 2012; Meyer et. al, 2010; Villatte et al., 2016; Zamignani & Banaco, 2017; Zamignani et al., 2024). As estratégias propostas pela TAC visam, em última análise, promover a autonomia e o autogerenciamento do cliente para que ele possa identificar e manejar as variáveis de controle de seu próprio comportamento (Meyer et. al, 2010; Zamignani & Banaco 2017). Apesar de haver no Brasil muitos profissionais que trabalham com a TAC, não há con-

senso na literatura sobre a estrutura terapêutica para este modelo, o que dificulta o estudo de sua consistência interna (i.e., coerência do modelo) (Leonardi, 2015).

Outro modelo de psicoterapia também desenvolvido a partir da epistemologia behaviorista radical e da teoria analítico-comportamental é a Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), desenvolvida nos Estados Unidos da América. Descrita por Kohlenberg e Tsai (1991) como um tratamento focado na relação terapêutica, a FAP propõe que a melhora do cliente em tratamento se dá a partir do reforçamento de determinados comportamentos do cliente no setting clínico (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kanter et al., 2017). De acordo com o modelo da FAP, a psicoterapia é um contexto de interação social análogo a outros contextos sociais do cotidiano do cliente (i.e., com os quais compartilha a função de estímulo). Portanto, comportamentos clinicamente relevantes considerados problemáticos pela díade terapeuta-paciente (CRB1) poderão ocorrer em sessão e são passíveis de mudança em psicoterapia (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Enquanto na TAC há um foco maior em princípios comportamentais e objetivos e um foco menor na estrutura do tratamento (Leonardi & Meyer, 2016; Zamignani et al., 2024), na FAP a estrutura do tratamento foi definida através de regras disponíveis desde seu primeiro manual e os objetivos do tratamento são aprender comportamentos de melhora (CRB2) em sessão (Kohlenberg & Tsai, 1991). As regras da FAP envolvem: a) notar a ocorrência de CRB1 em sessão; b) evocar ou permitir a ocorrência de tais comportamentos durante a terapia enquanto acolhe o cliente; c) modelar e reforçar naturalmente comportamentos de melhora (CRB2); d) notar os efeitos do reforçamento em terapia; e) auxiliar o cliente a analisar funcionalmente seu comportamento (Kanter et al., 2017; Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2002). O terapeuta deve então estar atento às ocorrências dos CRB do cliente na sessão e utilizar de princípios comportamentais para a mudança buscando auxiliar o cliente a alcançar seus objetivos estabelecidos em sessão (Kanter et al., 2017; Muñoz-Martínez et al., 2022).

Existem sobreposições na TAC e FAP que podem dificultar a diferenciação entre os modelos. Ambos os tratamentos são pautados em princípios derivados de estudos experimentais da AC e possuem o behaviorismo radical como base para entendimento do comportamento humano (Dittrich, 2012; Kohlenberg & Tsai, 1991). A análise funcional está presente em ambos os modelos, porém ela é tratada com ênfase diferente em cada um dos modelos. Enquanto na TAC ela é considerada o eixo central para a formulação de caso e tomada de decisão clínica (Zamignani & Banaco, 2017), na FAP ela é uma das ferramentas de avaliação de caso, complementando outros instrumentos de avaliação (Kohlenberg & Tsai, 1991). O tratamento da relação terapêutica (RT) também tem diferentes ênfases em cada um dos modelos. Enquanto na FAP, a análise e o manejo da RT consistem no eixo central do modelo, a TAC entende a RT como um dos recursos para acesso às variáveis de controle do comportamento do cliente, com a possibilidade de observação direta e manejo em sessão. Para a compreensão e o manejo, da RT, no entanto, a TAC usa a estrutura formulada para a FAP (Wielenska, 2012). Por fim, a ênfase dada ao autoconhecimento também é diferente nos tratamentos. Enquanto na FAP os terapeutas são instruídos a fazer interpretações funcionais e reforçar em sessão relações estabelecidas pelo cliente entre seu próprio comportamento e as contingências externas – padrões chamados de CCR3 (Kohlenberg & Tsai, 1991) – na TAC o terapeuta é incentivado a adotar uma postura mais reflexiva ao questionar o cliente sobre as contingências de reforçamento, de modo a promover o desenvolvimento do insight sobre as variáveis de controle de seu comportamento (Cassas & Luna, 2019).

No que confere à evidência de efetividade dos modelos, tanto a FAP quanto a TAC carecem de evidências que demonstrem sua eficácia e efetividade para problemas psiquiátricos específicos (Kanter et al., 2017; Leonardi & Meyer, 2016). Enquanto a FAP possui evidências de efetividade para o trabalho com problemas interpessoais, transversais a diversos diagnósticos psiquiátricos, o tratamento carece de estudos de eficácia para quadros psiquiátricos e específicos (Kanter et al., 2017; López-Pinar et al., 2024). Atualmente, a FAP não é indicada como um tratamento isolado e recomenda-se a aplicação em conjunto com outros modelos de ACC reconhecidamente eficazes para transtornos específicos (e.g., ativação comportamental para depressão; Kanter et al., 2017). Já a TAC possui um número elevado de relatos de caso não-sistemáticos, o que limita a interpretação acerca da efetividade e eficácia do modelo (Leonardi & Meyer, 2016).

Para que se possa verificar a eficácia e efetividade de um modelo psicoterapêutico, é necessário que os atendimentos sejam conduzidos por terapeutas treinados que estejam familiarizados com a estrutura do tratamento (Zettle, 2020). Com a definição de uma estrutura, é possível avaliar a aderência ao modelo de psicoterapia e o quanto esta estrutura influencia os resultados do tratamento (Serralta & Ablon, 2016). Terapeutas TAC estruturam a intervenção com base em princípios analítico-comportamentais, e não em técnicas específicas, para testar a efetividade do tratamento (Zamignani et al., 2024). É preciso, no entanto, que a estrutura de um tratamento seja específica e diferente de outros modelos para que seja possível a avaliação da aderência e dos resultados da psicoterapia (Ablon & Jones, 1998; Serralta & Ablon, 2016). Com base em tal premissa, é relevante investigar se aquilo que terapeutas TAC realizam em tratamento difere substancialmente de outros modelos ACC, como a FAP.

Psychotherapy Process Q-Set

Devido à complexa interação que existe ao longo da psicoterapia, medidas como o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) foram desenvolvidas para avaliar a interação terapêutica e o processo clínico sessão a sessão (Serralta et al., 2007). O PQS é um instrumento de 100 itens não agrupados fatorialmente, criado para avaliar o processo psicoterapêutico a partir de descrições de comportamentos do terapeuta, do paciente e da díade (Jones, 2000). Com este instrumento panteórico, é possível identificar quais comportamentos em sessão explicam os resultados de um processo clínico através da pontuação dada por juízes independentes a cada um dos itens do PQS enquanto estes avaliam vídeos das sessões de tratamento (Ablon et al., 2011).

Uma outra aplicabilidade do PQS é o seu uso para criar protótipos de um modelo de psicoterapia. Para a criação dos protótipos, experts de um determinado modelo de terapia são convidados a avaliar cada um dos itens do PQS imaginando uma sessão ideal de tratamento (Ablon & Jones, 1998). A concordância estatística entre experts de um mesmo modelo é então utilizada como critério para definir quais itens são mais representativos do tratamento (Ablon & Jones, 1998; Serralta & Ablon, 2016; Pimentel et al., 2022). Um exemplo da criação desses protótipos consta no estudo de Serralta e Ablon (2016), no qual protótipos de terapia cognitivo-comportamental e terapia psicodinâmica breve foram criados a partir da avaliação de experts brasileiros dos respectivos modelos de tratamento. No estudo, uma análise de componentes principais incluindo a avaliação dos experts de ambos os modelos foi utilizada para derivar os protótipos, pois desta forma é possível avaliar concordância intra e entre grupos. Como esperado, o modelo estatístico gerou dois protótipos com poucas similaridades, cada um representando um modelo de tratamento (Serralta & Ablon, 2016). Recentemente, a mesma análise também discriminou um terceiro protótipo, de terapia comportamental dialética, quando as avaliações de experts desse modelo foram incluídas na análise (Pimentel et al., 2022).

Protótipos de TAC e FAP com o PQS ainda não foram criados e a elaboração de tais protótipos pode esclarecer similaridades e diferenças na estrutura de tratamento destes modelos de ACC. O presente estudo foi elaborado com objetivo de derivar protótipos brasileiros de TAC e FAP a partir da avaliação de clínicos experts. Os objetivos específicos deste estudo foram: 1) criar os protótipos de TAC e FAP a partir da avaliação de experts de ambos os modelos e 2) comparar estatisticamente e qualitativamente os protótipos para derivar *insights* sobre a estrutura de tratamento e o mecanismo de ação dessas psicoterapias. No estudo a seguir, hipotetizou-se a existência de protótipos distintos de TAC e FAP, portanto, análises de componentes principais foram realizadas considerando todos os experts para avaliar a existência de padrões de respostas distintos, o que indicaria que os tratamentos são qualitativamente diferentes de acordo com a percepção dos profissionais. Ademais, neste estudo também são apresentadas discussão acerca da implicação prática e acadêmica dos protótipos apresentados e das diferenças qualitativas dos modelos.

Método

Participantes e recrutamento

Participaram do estudo 19 psicoterapeutas, sendo 12 especialistas em TAC e sete especialistas em FAP. Os critérios de expertise adotados foram conforme o modelo dos estudos de Ablon e Jones (1998) e Serralta e Ablon (2016): mínimo de cinco anos de experiência clínica, reconhecimento de pares como expert e experiência lecionando e/ou supervisionando em nível de pós-graduação em uni-

versidades brasileiras ou institutos reconhecidos de formação em psicoterapia. Os especialistas em TAC apresentaram média de 28,92 anos (DP = 14,13) de experiência clínica no modelo, 24 anos (DP = 14,43) de experiência lecionando e 22,75 anos (DP = 15,09) de experiência supervisionando neste modelo. Já os especialistas em FAP apresentaram média de 17,30 anos (DP = 6,03) de experiência clínica, 12,70 anos (DP = 8,17) de experiência lecionando e 13 (DP = 8,24) de experiência supervisionando.

Os terapeutas que participaram do estudo foram contatados por e-mail, devido à distribuição destes profissionais pelos diversos estados do Brasil. Após o aceite do participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário sociodemográfico e o instrumento PQS foram enviados por e-mail para seu preenchimento. Esta pesquisa seguiu os critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, através do parecer número 2.788.567.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos

Este instrumento foi utilizado para coletar informações relevantes sobre a formação, a expertise clínica e o tempo de docência dos psicoterapeutas.

Psychotherapy Process Q-Set (Jones, 2000; Serralta et al., 2007)

É um instrumento baseado no método de ordenamento Q-*sort* criado para avaliar o processo de psicoterapia através de 100 itens que descrevem os principais componentes de uma psicoterapia. O instrumento é preenchido utilizando uma escala Likert de nove pontos, que vai de − 4 (Item extremamente não-característico ou negativamente saliente) até + 4 (Item extremamente característico ou saliente), passando pelo valor de zero (Item neutro). Ele é composto por três grupos de variáveis relacionadas ao andamento do processo terapêutico: itens que descrevem atitudes, comportamentos e experiências do paciente; itens que descrevem atitudes e comportamentos do terapeuta; e itens que descrevem a interação paciente-terapeuta e o ambiente de terapia.

Procedimento de coleta de dados

Foi solicitado aos participantes, aqui referidos como experts, que identificassem quais itens do PQS seriam representativos de uma sessão ideal de sua abordagem. Nos casos de sobreposição dos modelos terapêuticos (e.g., terapeutas TAC posteriormente treinados em FAP, n =4 do grupo FAP), foi solicitado que o terapeuta escolhesse avaliar a sessão ideal do modelo que utiliza com mais frequência na prática clínica. Como nos procedimentos originais descritos por Ablon e Jones (1998), os terapeutas classificaram os itens do PQS considerando uma sessão ideal hipotética que representaria o seu modelo terapêutico. Cada expert classificou os 100 itens do instrumento pontuando com valores de 1 a 4 quando os itens fossem pouco característicos da abordagem e com valores de 6 a 9 quando considerassem os itens muito característicos de uma sessão ideal da abordagem. Itens marcados com 5 eram considerados neutros. O método Q-sort de avaliação do PQS permite que, ao avaliar uma sessão de terapia (hipotética ou assistida em vídeo), o utilizador do PQS distribua em uma curva normal sua avaliação, formando um continuum dos itens menos frequentes e mais frequentes do evento assistido. Seguindo o procedimento de estudos anteriores (Serralta & Ablon, 2016), após o preenchimento total do instrumento, foi solicitado aos experts que reorganizassem as pontuações dos itens considerando aqueles que parecem mais ou menos representativos do modelo.

Análise de dados

Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v. 22, IBM ®). Análises descritivas de frequência, porcentagem e médias foram utilizadas para descrever os grupos de experts. O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi aplicado para comparar os grupos de TAC e FAP com relação à experiência clí-

nica, experiência com docência, experiência como supervisor(a) e número de publicações científicas sobre os respectivos modelos de terapias nos últimos 5 anos.

A criação de protótipos de psicoterapia utilizando o PQS ocorre através do uso da metodologia Q, utilizada para analisar e agrupar a percepção de uma amostra pequena acerca de um grande número de tópicos (Ablon & Jones, 1998; Serralta & Ablon, 2016). Essa metodologia difere da metodologia R, que é comumente utilizada para analisar a relação entre variáveis em um grande número de sujeitos ou em períodos distintos de tempo (Danielson, 2009). No presente estudo, portanto, as respostas dos experts para cada item contaram como uma observação, totalizando 100 observações para cada participante.

Ao inverter o banco de dados foi possível analisar a confiabilidade das respostas dos grupos TAC (n = 12) e FAP (n = 7) a partir da análise do alpha de Cronbach. O alpha indica, portanto, o quanto o padrão de resposta dos participantes foi similar. Para avaliar se as percepções de uma sessão ideal pelos experts de TAC e FAP foram coesas dentro de cada grupo, duas análises de componentes principais (ACP) com rotação *varimax* foram aplicadas, uma para cada grupo de clínicos. Os critérios para o aceite dos resultados foram os valores de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO acima de 0,80) e a significância estatística ($p < 0{,}001$) no teste de esfericidade de Bartlett, utilizado para testar se as correlações entre as variáveis de teste são significativamente diferentes de uma matriz sem correlações (Damásio, 2012). O *scree plot*, indicativo do número de componentes e comumente utilizado como critério, foi analisado visualmente em todas as ACPs. Com a ACP é possível avaliar se o padrão de resposta dos participantes explica a presença de um componente de TAC ou FAP. Dito de outra maneira, a presença de um único componente indica, por exemplo, que o padrão de resposta dos experts de TAC para os itens do PQS foi similar e sugere concordância com relação a quais comportamentos são mais característicos de um processo TAC. Cada componente representa um protótipo.

Uma terceira ACP, também com rotação *varimax*, foi aplicada considerando todos os experts de TAC e FAP com o objetivo de avaliar se as respostas dos participantes carregariam componentes distintos para os modelos de tratamento. Foram considerados os mesmos critérios para os testes de KMO e Bartlett. Nesse caso, espera-se dois componentes caso os experts de cada modelo possuam padrões de resposta distintos. Caso essa análise indique apenas um componente, constata-se que as respostas dos experts não diferem entre os grupos TAC e FAP, o que sugere um processo de tratamento similar.

Para todas as ACP, os escores fatoriais obtidos através da regressão linear de cada item do PQS sobre o componente foram utilizados como medida da hierarquia dos itens, de forma que itens com um escore de regressão maior são mais relevantes para o protótipo e representam o nível de concordância entre os experts para o item *x* no protótipo *x*. É importante destacar que os protótipos são uma reorganização estatisticamente ponderada dos 100 itens do PQS e uma versão parcial de cada um dos protótipos aqui apresentados pode ser encontrada no material suplementar (20 itens representativos de cada protótipo).

Para analisar a correlação entre os protótipos a análise de correlação de Spearman foi realizada. Os dados utilizados para o presente estudo podem ser disponibilizados para pesquisadores mediante justificativas técnicas que garantam o uso acadêmico dos dados. Informações que possam indicar quem foram os participantes não serão fornecidas.

Resultados

Os experts dos grupos FAP e TAC foram comparados com relação às variáveis experiência clínica, experiência com docência, experiência como pesquisador e à quantidade de publicações nos últimos cinco anos. Não foram encontradas diferenças significativas com relação a estas variáveis. A análise de frequência indicou que o título de mestre e doutor foi encontrado com mais frequência entre os profissionais da TAC.

Tabela 1. *Dados sociodemográficos dos experts de TAC e FAP*

	TAC	FAP	Mann-Whitney[a]
Mestrado[#]	9 (75%)	5 (71,4%)	
Doutorado[#]	9 (75%)	4 (57,1%)	
Experiência clínica	28,9 (14,13)	15,9 (6,38)	0,125
Experiência com Docência	24 (14,43)	11,6 (7,80)	0,102
Experiência como Supervisor(a)	22,8 (15,09)	11,8 (7,91)	0,125
Publicações (últimos 5 anos)	6,6 (5,94)	7,4 (4,72)	0,622

Nota. Informações sociodemográficas por grupo. [#] - A frequência e a porcentagem dos dados foram apresentadas para cada grupo. [a] - Níveis de significância do teste de Mann-Whitney.

Protótipo de Terapia Analítico-Comportamental (pTAC)

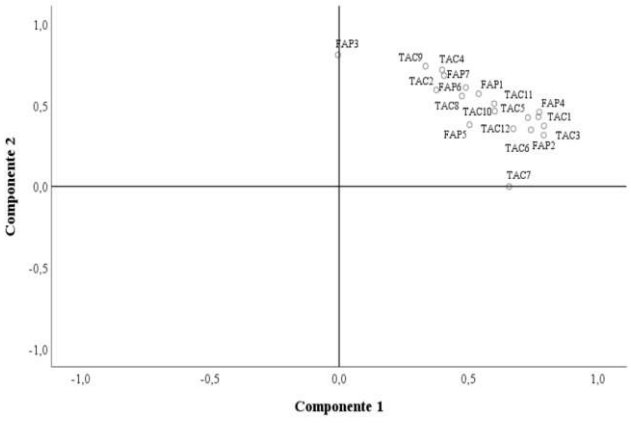
A análise de confiabilidade demonstrou altos níveis de concordância (α = 0,930) entre todos experts de TAC (n = 12). Para investigar a existência de um protótipo único de TAC (pTAC) as respostas de todos os profissionais para cada um dos 100 itens foram analisadas através de uma ACP (KMO = 0,94; Teste de Bartlett, χ^2 = 755,762, p < 0,001). Os resultados da análise mostraram apenas um componente, com alta variância explicada (58,62%), revelando que os terapeutas TAC possuíram um alto nível de coerência nas respostas do PQS. Seguindo sugestões de publicações anteriores, a Tabela Suplementar 1 foi criada para mostrar os 20 itens mais característicos do protótipo pTAC.

A análise de confiabilidade considerando apenas os experts de FAP (n = 7) também apresentou altos níveis de concordância (α = 0,880). A ACP considerando apenas as respostas dos experts de FAP também indicou um componente único (pFAP, com 59,71% de variância explicada; KMO = 0,88; Teste de Bartlett, χ^2 = 354,763, p < 0,001). A Tabela Suplementar 1 também mostra os 20 itens mais característicos do protótipo pFAP.

Protótipo combinado (pTAC|FAP)

Para investigar se as respostas dos experts de TAC e FAP carregavam em componentes diferentes, uma ACP foi realizada considerando todos os profissionais (n = 19). Dois componentes foram destacados, com 35,32% e 27,42% de variância explicada, respectivamente (Total 62,73%; KMO = 0,95; Teste de Bartlett, χ^2 = 1355,886, p < 0,001). No entanto, a análise dos componentes rotacionados mostrou que os escores fatoriais de dois dos experts, FAP3 e TAC7, apresentaram valores limítrofes e foram os responsáveis pela divisão dos componentes (Figura 1). A remoção destes participantes e uma nova ACP indicou apenas um componente, composto de participantes TAC e FAP e com 60,18% de variância explicada e com uma concordância alta entre todos os experts (α = 0,956) (KMO = 0,95; Teste de Bartlett, χ^2 = 1274,923, p < 0,001).

Figura 1. *Gráfico de componentes em espaço rotacionado com experts de TAC e FAP*



O componente único derivado da ACP com *experts* de TAC (n = 11) e FAP (n = 6) indica a existência de apenas um protótipo, aqui chamado de pTAC|FAP. Os itens mais representativos deste protótipo estão dispostos na Tabela Suplementar 2. Com o intuito de explorar ainda mais as similaridades entre pTAC, pFAP e pTAC|FAP, uma análise de

correlação de Spearman foi realizada considerando os 100 itens de cada protótipo. As análises indicaram altas correlações entre os protótipos (pTAC e pFAP, rho = 0,879; pFAP e pTAC|FAP, rho = 0,947), sendo a maior correlação entre os protótipos pTAC e pTAC|FAP (rho = 0,979), o que sugere que o protótipo geral se assemelha mais fortemente ao protótipo de TAC.

Discussão

O objetivo deste estudo foi desenvolver protótipos de TAC e FAP utilizando o PQS e avaliar similaridades e diferenças entre os protótipos visando entender a estrutura da psicoterapia nestes modelos de ACC. Os resultados encontrados evidenciam que os experts de cada modelo tendem a concordar em suas avaliações, com valores altos de concordância e com a presença de apenas um protótipo para cada modelo nas análises intra grupo. No entanto, a análise de componentes principais não diferenciou as avaliações de terapeutas da TAC e da FAP quando estes foram analisados em conjunto, o que sugere que os modelos de tratamento são similares e que um protótipo único (pTAC|FAP) explica melhor o padrão de resposta de todos os profissionais. Ademais, a correlação entre protótipos é muito alta e indica sobreposição mesmo quando apenas pTAC e pFAP são correlacionados.

A análise qualitativa dos 20 itens mais característicos do pTAC indica fenômenos clínicos que estão de acordo com a literatura da TAC. Especificamente, é possível notar uma correspondência entre os itens do protótipo e os objetivos da TAC descritos por Zamignani et al. (2024). De acordo com os autores, o terapeuta TAC (a) facilita a análise sobre as variáveis de controle (itens 3, 32, 46, 65 e 82), (b) promove variabilidade comportamental (itens 4, 81 e 85); (c) desenvolve ou aprimora o repertório do cliente (itens 4, 45 e 85), (d) promove mudanças em processos verbais relacionais (itens 3, 31, 32, 65, 82 e 100) e (e) evoca experiências emocionais que mudam a maneira do cliente se relacionar com as emoções (itens 6, 28, 81, 98 e 100). Para alcançar cada um destes objetivos, o terapeuta TAC deve construir uma boa relação terapêutica, reforçar relatos do cliente e demonstrar empatia e conhecimento, algo que também foi contemplado no protótipo. Importante, itens que enfatizam uma postura exploratória do terapeuta (itens 3, 31, 47 e 65) apareceram entre os 20 itens mais representativos apenas no pTAC. Zamignani et al. (2024) argumentam que clarificar as relações entre o comportamento do cliente e o contexto em que está inserido é essencial para o autoconhecimento e a mudança e também para a formulação de caso.

No caso do pFAP, o conteúdo dos itens mais representativos indica que o terapeuta FAP se comunica de forma clara e coerente, é sensível aos sentimentos do paciente, demonstra suporte para as mudanças, aceitação não-crítica e está atento ao que ocorre em sessão (itens 6, 18, 28, 45, 46). Estes itens parecem refletir a regra número um da FAP, que esclarece que o terapeuta deve estar atento aos comportamentos problemáticos que ocorrem em sessão (CRB1) ao mesmo tempo em que acolhe as demandas do cliente e o convida para a mudança (Kohlenberg & Tsai, 1991). Os itens do pFAP indicam também que o terapeuta aponta em sessão mudanças no humor do paciente e na expressão não-verbal de emoções, destaca a ocorrência de temas repetitivos e faz autorrevelações, quando aplicável (itens 2, 21, 62, 79). Estes itens possivelmente refletem as regras sobre evocar CRB1 em sessão e pontuar para o cliente o que ocorre em terapia com o intuito de gerar comportamentos de melhora (CRB2) que possam ser reforçados pelo terapeuta. O estudo de Lizarazo e colaboradores (2015) exemplifica esse processo. No estudo dos autores, os CRB1 e CRB2 foram definidos entre cliente e terapeuta ao longo do processo clínico, com pontuações de ambas as partes, para que fossem monitorados por ambos (Lizarazo et al., 2015). Itens que refletem o foco maior da FAP em demandas ligadas a relacionamentos interpessoais (Kanter et al., 2017; López-Pinar et al., 2024) também foram observados no protótipo. O pFAP sugere que ao longo do processo clínico é esperado que a relação terapêutica, os relacionamentos interpessoais do paciente e os objetivos do tratamento sejam discutidos (itens 4, 63, 98).

O terapeuta FAP também parece estimular a independência de ação do paciente (itens 48) e o ajuda a explorar e a entender de uma nova maneira sentimentos e comportamentos que ocorrem em sessão (itens 81, 82, 100). É provável que estes itens reflitam o incentivo do terapeuta para que o cliente generalize os comportamentos de melhora para contextos diferentes da terapia e a reinterpretação dos problemas do cliente em uma linguagem que considere a interação entre comportamento e contexto (Kanter et al., 2017; Kohlenberg & Tsai, 1991; Li-

zarazo et al., 2015). Por fim, itens ligados ao comportamento do cliente na FAP, sugerem que é esperado que ele traga para o tratamento material significativo e se sinta ajudado no tratamento, que tenha uma experiência catártica e que esteja comprometido com o trabalho terapêutico (itens 60, 73, 88, 95). A FAP propõe que comportamentos que ocorrem em sessão são funcionalmente semelhantes àqueles que ocorrem fora da sessão, i.e., estão governados por consequências ambientais semelhantes (Kohlenberg & Tsai, 1991). Os itens do paciente apresentados como representativos podem indicar que o cliente irá se sentir ajudado na medida em que mudanças na interação dentro da terapia sejam generalizadas para fora do tratamento. Pesquisas de processo e delineamentos experimentais de sujeito único na FAP sugerem que de fato os comportamentos reforçados em tratamentos são generalizados para fora da sessão (Kanter et al., 2017; ; López-Pinar et al., 2024; Muñoz-Martínez et al., 2022). No entanto, tal mudança talvez dependa dos acordos feitos entre cliente e terapeuta e do engajamento de ambos no monitoramento e mudança (Kohlenberg & Tsai, 1991; Lizarazo et al., 2015).

A derivação de um protótipo único, composto por experts de TAC e FAP, com alta variância explicada e com uma concordância alta entre todos os experts pode ser considerado o achado mais importante deste estudo. Três aspectos podem justificar, de forma independente ou em conjunto, a ocorrência de um protótipo geral no presente estudo. Primeiro, o fato de ambos os modelos serem embasados em princípios teóricos e empíricos do Behaviorismo Radical e da Análise Experimental do Comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1991; Zamignani et al., 2024). Segundo, o fato de que ao longo do desenvolvimento da TAC elementos da FAP foram incorporados à terapia com o objetivo de fomentar a relação terapêutica e produzir repertório interpessoal (Wielenska, 2012). Por fim, ambos os modelos de terapia aqui apresentados são considerados ACC e, por isso, podem não ser suficientemente diferentes. A ausência de itens que falam sobre a análise funcional do comportamento, do uso de reforçamento diferencial em sessão ou do foco na relação do comportamento com o contexto poderia também explicar a existência de um fator geral, dado que os experts precisaram adequar suas respostas aos itens disponíveis no PQS. No entanto, cabe destacar que em estudos anteriores utilizando o mesmo método de coleta e análise de dados, o modelo estatístico aplicado discriminou o padrão de resposta de experts de modelos distintos que preencheram o PQS (Ablon & Jones, 1998; Pimentel et al., 2022; Serralta & Ablon, 2016). De início, pode-se argumentar que os modelos testados em estudos anteriores são supostamente mais diferentes (e.g., psicanálise e terapia cognitivo-comportamental). No entanto, no estudo recente de Pimentel et al. (2022) um protótipo de terapia comportamental dialética, um modelo de ACC, foi encontrado mesmo quando as respostas de experts de um modelo similar (i.e., terapia cognitivo-comportamental) foram incluídas em análises estatísticas de componentes principais. Considera-se, portanto, que a ausência de itens específicos de TAC e FAP pode não ser uma forte limitação, mas que é necessário considerar a ausência de itens específicos ligados aos modelos de ACC.

O conteúdo dos 20 itens mais representativos do protótipo geral (pTAC|FAP) compartilha 16 e 13 itens, respectivamente, com os protótipos pTAC e pFAP. Com conjunto com as análises de correlação, é possível afirmar que o protótipo geral se assemelha mais ao pTAC. Os componentes deste protótipo que não estão presentes entre os 20 principais do pTAC são o foco do terapeuta na situação de vida atual do paciente e na identificação de temas repetitivos (itens 62 e 69), além do foco da díade na discussão de relacionamentos interpessoais e amorosos (itens 63 e 64). Tais itens parecem refletir o foco em problemas interpessoais e na presença de CRB1 ligados a estes problemas característico da FAP (Kanter et al., 2017). Já os componentes do pTAC|FAP que não estão presentes entre os 20 principais do pFAP são o foco do terapeuta em clarificar e facilitar a comunicação do paciente (itens 3 e 65), a ênfase que o terapeuta dá na situação de vida atual do paciente (item 69), a expectativa de que o paciente adquira uma nova compreensão ou insight (item 32) e no foco da díade na discussão de relacionamentos amorosos e na organização do tratamento (itens 64, 75 e 96). Os itens sobre ênfase na discussão de relacionamentos amorosos (item 64) e expectativa de nova compreensão ou insight (32) parecem refletir processos transversais na TAC e FAP ligados a acolher a demanda do paciente e providenciar interpretações analítico-comportamentais sobre os processos psicológicos (Kohlenberg & Tsai, 1991; Zamignani et al., 2024). Já os itens ligados à clarificação, ênfase na vida atual do paciente e orga-

nização do tratamento parecem refletir processos centrais da TAC ligados à formulação de caso (itens 3, 65), à análise funcional, à interpretação dos problemas comportamentais considerando as contingências de reforçamento atuais da vida do cliente (item 69) e à organização do tratamento com base em processos comportamentais (Meyer, 2000; Nobile et al., 2017; Zamignani et al., 2024).

O presente trabalho possui limitações. A amostra de experts não possui o mesmo número de participantes, o que pode ter criado vieses nas análises. A sobreposição entre terapeutas TAC e FAP foi inevitável dado que o modelo FAP ainda é novo no Brasil e existem poucos experts com treinamento exclusivo neste modelo, o que indica a necessidade de replicação do presente estudo. O PQS é um instrumento panteórico, que descreve fenômenos na clínica, mas não inclui itens específicos sobre análise funcional, reforçamento e outros fenômenos analítico-comportamentais e os autores do trabalho entendem que a inclusão destes itens poderia mudar a consistência dos protótipos ou a ordem dos itens principais. Outra limitação é que os protótipos aqui derivados não foram aplicados em um processo de tratamento real para avaliar a aderência de terapeutas TAC ou FAP aos respectivos modelos ou ao protótipo geral e este teste de hipótese poderia incrementar ou atenuar as conclusões do estudo.

Conclusão

O PQS é amplamente utilizado para avaliar processos terapêuticos há mais de 35 anos, fornecendo dados relevantes sobre quais fenômenos são decisivos para a efetividade de uma psicoterapia dentro de um processo terapêutico (Ablon et al., 2011). Atualmente, a proposta das psicoterapias baseadas em processo endossa a ideia de que para entender a mudança em psicoterapia deve-se isolar mecanismos de ação e mudança que ocorrem durante o tratamento (Hayes & Hoffman, 2018). Entende-se que os protótipos derivados deste estudo poderão ser úteis para a avaliação dos mecanismos de ação e mudança nas terapias TAC e FAP, o que já é feito com outros protótipos derivados do PQS (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al., 2011; Serralta & Ablon, 2016). Mais importante, clínicos, treinadores e pesquisadores interessados nestes modelos poderão agora decidir sobre como o treinamento de psicoterapeutas deve ser realizado; visando elementos comuns entre TAC e FAP e utilizando o protótipo geral (pTAC|FAP) como base ou direcionando o treino para elementos que possam distinguir estes modelos terapêuticos no futuro.

Referências

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert Clinician's prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodinamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, *8*, 71-83. https://doi.org/10.1080/10503309812331332207

Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansem, L. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy*, *14*(1), 14-48. https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.46

Cassas, F. A., & de Luna, S. V. (2019). Aspectos históricos da Terapia Analítico-comportamental a partir da contribuição de Skinner e Ferster. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, *20*(4), 63–80. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i4.1129

Costa, S. E. G. C., & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análises funcionais do comportamento. *Revista Estudos de Psicologia*, *19*(3), 43-54. https://doi.org/10.1590/s0103-166x2002000300005

Dittrich, A. (2012). O conceito de liberdade e suas implicações para a clínica. In N. B. Borges, & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 87-94). Artmed.

Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, *11*(2), 213-228. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt.

Danielson, S. (2009). Q method and surveys: Three ways to combine Q and R. *Field Methods*, *21*(3), 219–237. https://doi.org/10.1177/1525822X09332082

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Context Press.

Jones, E. E. (2000). *Psychotherapy process Q-set (PQS). Therapeutique Action.* Jason Aronson Inc.

Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M. Villas-Bôas, A., & Reyes Ortega, M. A. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *58*, 141-156. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 213-229. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80051-7

Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, *6*(2), 119-131. https://doi.org/10.18761/pac.2015.027

Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2016). Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínico. *Temas em Psicologia*, *24*(4), 1465-1477. https://doi.org/10.9788/TP2016.4-15Pt

Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of functional analytic psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *The Psychological Record*, *65*(3), 463-474. https://doi.org/10.1007/s40732-015-0122-7

López-Pinar, C., Galán-Doña, D., Tsai, M., & Macías, J. (2024). Meta-analysis of randomized controlled trials and single-case designs on the efficacy of functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice. Advance online publication*. https://doi.org/10.1037/cps0000221

Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamentalia, 8*, 215-225.

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S, & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental. In E. Z. Tourinho, & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, conceituais e aplicadas* (Vol. 1, pp. 153-174). Roca.

Muñoz-Martínez, A. M., Stanton, C. E., Ta, J. D., Molaie, A. M., & Follette, W. C. (2022). Linking process to outcome in Functional Analytic Psychotherapy: Evaluating the behavioral mechanism of change of a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *24*, 102-111. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.04.001

Nobile, G. F. G., Garcia, V. A., & Silva, A. T. B. (2017). Análise sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, *8*(1), 16-31. https://doi.org/10.18761/pac.2016.030

Pimentel, T., Holland, H. M., & Serralta, F. B. (2022). Características de um protótipo brasileiro de Terapia Comportamental Dialética (DBT). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *24*(1), 1–19. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v24i1.1662

Serralta, F. B., & Ablon, J. S. (2016). Development of Brazilian prototypes for short-term psychotherapies. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *38*(2), 71–79. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0039

Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Development of a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *29*(1), 44-55. https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000100011

Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, *213*(4507), 501–504. https://doi.org/10.1126/science.7244649

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Press.

Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. In N. B. Borges, & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 160-165). Artmed.

Woods, D. W., & Kanter, J. W. (2007) *Understanding Behavior Disorders: A Contemporary Behavioral Perspective*. Context Press.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2017). *Relação terapêutica no contexto da clínica: um enfoque analítico-comportamental*. PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde, Artmed Panamericana. Disponível em: https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/relacao-terapeutica-no-contexto-da-clinica-enfoque-analitico-comportamental

Zamignani, D. R., Rabelo, L. Z., Hayamizu, N. (2024). Nível de diretividade que terapeutas comportamentais devem exercer: em defesa de uma terapia reflexiva. In A. Dittrich, J. L. Leonardi, & J. M. da Silveira (Orgs.) *Valores nas terapias comportamentais: relação terapêutica, ética e política*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Zettle, R. D. (2020). Treatment Manuals, Single-Subject Designs, and Evidence-Based Practice: A Clinical Behavior Analytic Perspective. *The Psychological Record*, *70*, 649–658. https://doi.org/10.1007/s40732-020-00394-2

Material Suplementar

As tabelas suplementares apresentadas abaixo mostram os 20 itens mais característicos dos protótipos pTAC e pFAP (Tabela Suplementar 1) e pTAC|FAP (Tabela Suplementar 2).

Tabela Suplementar 1. *Protótipo obtido com a análise de componentes principais com experts de TAC (pTAC) e FAP (pFAP)*

Protótipo de Terapia Analítico-Comportamental (pTAC)			**Protótipo de Terapia Analítico-Funcional (pFAP)**		
Item	**Descrição**	**Valores de Regressão**	**Item**	**Descrição**	**Valores de Regressão**
Item 6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	1,476	Item 48	O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.	1,372
Item 48	O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.	1,271	Item 46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente	1,372
Item 47	Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.	1,239	Item 98	A relação terapêutica é um foco de discussão.	1,301
Item 18	O terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica	1,183	Item 63	Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	1,274
Item 31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	1,147	Item 100	O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.	1,272
Item 28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	1,126	Item 6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	1,258
Item 3	As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.	1,125	Item 45	O terapeuta adota uma atitude de apoio.	1,258
Item 32	O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.	1,103	Item 18	O terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica	1,160
Item 65	O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.	1,099	Item 28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	1,159
Item 98	A relação terapêutica é um foco de discussão.	1,085	Item 73	O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.	1,079
Item 4	Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.	1,077	Item 82	O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.	1,078
Item 75	Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidas.	1,074	Item 2	O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos, tom de voz.	1,075

Item 46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente	1,053	Item 62	O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.	1,064
Item 45	O terapeuta adota uma atitude de apoio.	1,049	Item 95	O paciente sente-se ajudado pela terapia.	1,064
Item 100	O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.	1,031	Item 88	O paciente traz temas e material significativos.	1,064
Item 81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.	1,008	Item 81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.	1,060
Item 96	Há discussão sobre horários ou honorários.	0,996	Item 60	O paciente tem uma experiência catártica.	1,045
Item 41	As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.	0,955	Item 4	Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.	1,040
Item 85	O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros.	0,938	Item 21	O terapeuta revela informações sobre si.	1,004
Item 82	O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.	0,908	Item 79	O terapeuta comenta mudanças no humor ou no afeto do paciente que ocorrem durante a sessão.	0,931

Tabela Suplementar 2. *Protótipo obtido com a análise de componentes principais com experts de TAC e FAP (pTAC|FAP).*

Item	Descrição	Valores de Regressão
Item 6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	1,460
Item 48	O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.	1,355
Item 46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente	1,308
Item 98	A relação terapêutica é um foco de discussão.	1,223
Item 18	O terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica	1,196
Item 100	O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.	1,159
Item 28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	1,123
Item 4	Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.	1,122
Item 63	Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	1,121
Item 45	O terapeuta adota uma atitude de apoio.	1,103
Item 81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.	1,077
Item 32	O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.	1,063
Item 3	As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.	1,062

Item 82	O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.	1,014
Item 69	A situação de vida atual do paciente é enfatizada na discussão.	1,009
Item 62	O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.	1,007
Item 75	Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidas.	1,004
Item 64	O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.	0,971
Item 65	O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.	0,938
Item 96	Há discussão sobre horários ou honorários.	0,924