



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**ANÁLISE DE CONTEÚDO VERBAL NA SOLUÇÃO DE DIFICULDADES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS ANSIOSOS**

SANDRA BERNADETE DA SILVA MOREIRA

Tese de Doutorado para exame no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, da Universidade Federal do Pará, sob orientação do Prof^o Dr^o Olavo de Faria Galvão.

Belém, Pará
2007



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

TESE DE DOUTORADO

**ANÁLISE DE CONTEÚDO VERBAL NA SOLUÇÃO DE DIFICULDADES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS ANSIOSOS**

SANDRA BERNADETE DA SILVA MOREIRA

Belém, Pará
2007

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA**

Moreira, Sandra Bernadete da Silva.

Análise de conteúdo verbal na solução de dificuldades de portadores de transtornos ansiosos / Sandra Bernadete da Silva Moreira; orientador: Prof. Dr. Olavo de Faria Galvão. – 2007

Dissertação (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2007.

1. Terapia do Comportamento. 2. Comportamento verbal. 3. Terapeuta e paciente. 4. Ansiedade. I. Título.

CDD - 21. ed. 616.89142



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Olavo de Faria Galvão – Presidente
Universidade Federal do Pará

Prof^a Dr^a Suely Sales Guimarães
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a Eleonora Arnaud Pereira Ferreira
Universidade Federal do Pará

Prof^a Dr^a Silvia Canaan Moraes de Oliveira
Universidade Federal do Pará

Prof^a Dr^a Olívia Misae Kato
Universidade Federal do Pará

Prof^a Dr^a Celina Maria Colino Magalhães - Suplente
Universidade Federal do Pará

Prof^o Dr^o Romariz da Silva Barros - Suplente
Universidade Federal do Pará

DATA DA DEFESA: 15 de junho de 2007

Ao meu pai (in memoriam)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**ANÁLISE DE CONTEÚDO VERBAL NA SOLUÇÃO DE DIFICULDADES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS ANSIOSOS**

Sandra Bernadete da Silva Moreira

Dedico este trabalho

Aos meus irmãos Tadeu, Jorge, Sônia e Pedro, nossa união que a cada novo tempo se fortalece.

À minha família, pela presença sempre tão próxima quando precisei e por compreender os meus momentos de ausência.

A todos os amigos que acompanharam a realização deste trabalho e sempre me estimularam e acreditaram na minha capacidade.

Aos analistas de comportamento, professores, profissionais, pesquisadores, estudantes, contribuindo com sua prática para o fortalecimento de nossa área.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**ANÁLISE DE CONTEÚDO VERBAL NA SOLUÇÃO DE DIFICULDADES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS ANSIOSOS**

Sandra Bernadete da Silva Moreira

Agradeço imensamente ao Professor Doutor Olavo de Faria Galvão, por aceitar a tarefa de me orientar na realização deste trabalho, por confiar na minha capacidade e, com sua firmeza e respeito, aceitar as minhas limitações.

Agradeço à Professora Doutora Carolina Martuscelli Bori (*in memoriam*), da Universidade de São Paulo e à Professora Doutora Suely Sales Guimarães, da Universidade de Brasília, por suas preciosas contribuições quando do parecer sobre o projeto de pesquisa inicial.

Agradeço às participantes deste estudo pelo consentimento para utilização dos dados das sessões de atendimento e pela oportunidade que me deram de aprender com suas dificuldades, esperando ter, de alguma forma, retribuído sua colaboração.

Agradeço a outros tantos e muitos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu alcançasse meus objetivos.

SUMÁRIO	fl.
Resumo	i
Abstract	ii
CAP. I- Análise do Comportamento e o estudo do comportamento verbal	1
CAP. II – Comportamento Verbal e Prática Clínica Comportamental	11
CP. III – Ansiedade	22
CAP. IV - Terapia Comportamental	33
CAP. V - Outros desenvolvimentos em Terapia comportamental	37
▪ Modelo Construcional de Goldiamond	37
▪ FAP – Functional Analysis Psychotherapy	43
▪ ACT – Acceptance and Commitment Therapy	45
CAP. VI – Outros modelos de terapia em transtornos ansiosos	50
CAP. VII – O procedimento desenvolvido por Bori e cols. (1978) de coleta e análise de conteúdo verbal para a solução de problemas	54
CAP. VIII – Método Clínico e Psicologia Clínica	56
Objetivos	63
▪ Objetivo Geral	64
▪ Objetivos Específicos	64
Aplicação Piloto	66
▪ Método	66
▪ Resultados e análise dos dados	71
Estudos de Casos	76
▪ Método	76

▪ Estudo de Caso da Participante 3	79
▪ Resultados da Participante 3	86
▪ Estudo de Caso da Participante 4	94
▪ Resultados da Participante 4	98
Discussão	108
Referências bibliográficas	120
Anexos	129

Moreira, S. B. S. (2007). Análise de conteúdo verbal na solução de dificuldades de portadores de transtornos ansiosos. Tese de Doutorado. Belém, UFPA.

Resumo

O entendimento do comportamento verbal é crucial para a análise de comportamentos disfuncionais tratados em terapia de base analítico-comportamental. Pesquisas com comportamento verbal no contexto clínico, têm apontado a eficácia da utilização do comportamento verbal e gerado procedimentos de intervenção na solução de problemas. O reforçamento de auto-relatos, como função de um arranjo de contingências de reforçamento, tem mostrado que o relato verbal é um meio válido para alterar comportamento não verbal fora da situação terapêutica. O objetivo do presente estudo é demonstrar a utilidade de um procedimento de arranjo de contingências verbais pelo terapeuta por meio da sistematização de conteúdo verbal do cliente e sua reapresentação por escrito, para a solução de dificuldades de indivíduos que apresentam transtorno ansioso em situação de interação terapêutica. Sendo expostas ao seu próprio comportamento verbal, sistematizado na forma de categorias por conteúdo de verbalização, foi possível a duas participantes deste estudo caracterizarem suas dificuldades, identificando e descrevendo contingências ambientais relacionadas com seu comportamento indesejado e conseqüentemente a descreverem propostas de solução dessas dificuldades. Discutiu-se como a exposição ao conteúdo sistematizado do seu próprio relato verbal alterou o relato verbal e o comportamento-queixa.

Palavras-chave: Comportamento verbal; relato verbal; interação verbal livre e contínua; metodologia de análise de conteúdo verbal; interação terapêutica.

Moreira, S. B. S. (2007). The analysis of verbal contents to the solution of difficulties in anxious patients. Doctoral Thesis. Belém, UFPA.

Abstract

Verbal behavior comprehension is crucial to the analysis of dysfunctional behaviors attended in behavior analytic therapy. Studies of verbal report studies on clinical context, have showed the importance of the use of verbal behavior and have generated intervention procedures to solve problems. Self-reports reinforcement, as a function of reinforcement contingencies, indicates that changing verbal behavior is an effective way to change non verbal behavior outside the therapeutic setting. The goal of this study is to show the utility of a procedure of managing verbal contingencies by a therapist through the systematization of a client verbal contents and its written devolution to solve problems of individuals with anxious disorders in a therapeutic setting. After being exposed to their own verbal behavior, it was possible to two participants of this study to characterize their difficulties, identifying and describing ambient contingencies related to their undesirable behavior and consequently to describe proposes of solution of these difficulties. It is discussed how the exposition to systematized verbal report changes further the verbal reports and the problem behavior.

Key words: Verbal behavior; verbal report; free and continuous verbal interactions; methodology of analyzing verbal contents; therapeutic interaction.

Capítulo I – Análise do Comportamento e o Estudo do Comportamento Verbal

No estudo do comportamento humano complexo, o comportamento operante verbal lingüístico está sempre envolvido. O comportamento operante é aquele que altera o ambiente, e tem, por sua vez, afetada sua probabilidade de ocorrência futura em função destas alterações. O comportamento verbal, sendo um comportamento operante, também altera o ambiente e é por ele alterado. No entanto, as conseqüências que afetam o comportamento verbal são mediadas por outras pessoas, o que lhe confere “*propriedades dinâmicas e topográficas distintas*” (Skinner, 1957, p. 2) requerendo, portanto, um tratamento especial.

Segundo Skinner (1957), inúmeros sistemas foram desenvolvidos na tentativa de explicar o comportamento verbal, o que gerou uma quantidade razoável de termos técnicos descritivos e princípios, porém sem fornecer métodos apropriados para o seu estudo. Para Skinner (1957), a compreensão do comportamento verbal envolveria algo mais do que o uso de um vocabulário consistente para descrever instâncias específicas. Uma análise funcional do comportamento se constituiria em uma formulação para o comportamento humano em geral que poderia ser efetivamente aplicada ao comportamento verbal.

A partir da década de 70 do século XX, um grande número de pesquisas empíricas sobre comportamento verbal foram desenvolvidas (Sundberg, 1998). Segundo Andery (2001), as primeiras pesquisas sobre comportamento verbal dentro da área da análise do comportamento tiveram o objetivo de demonstrar o controle operante desse comportamento, no intuito de definir o comportamento verbal como operante e, portanto, passível de mudanças por meio de manipulações ambientais.

Para Sundberg (1998), ainda que essas pesquisas tenham desempenhado um papel importante em programas de avaliação e ensino de linguagem para indivíduos com déficits, teria havido uma negligência com respeito ao comportamento verbal na análise do comportamento. O autor aponta para a necessidade de incluir o comportamento verbal nas análises comportamentais e incorporá-lo na pesquisa básica e aplicada. Segundo ele, os analistas de comportamento devem conduzir análises sobre os temas mais frequentemente discutidos na psicologia e na lingüística, tais como linguagem, inteligência, percepção, memória, pensamento, criatividade e solução de problemas, além de questões aplicadas, como ensino e aquisição de linguagem, habilidades acadêmicas, interação social e comportamentos inapropriados, cujo estudo de suas variáveis independentes aumentaria a efetividade dos procedimentos de intervenção. O autor também considera importante a criação de cursos sobre comportamento verbal em faculdades que possuem programas comportamentais, embora reconheça a limitação no número de professores aptos a ensinar comportamento verbal.

Para Skinner (1957), sem o desenvolvimento de um programa de pesquisas sobre comportamento verbal, muito do comportamento humano deixaria de ser abordado. Leigland (1998) aponta alguns aspectos que podem explicar a falta de crescimento da área de pesquisa do comportamento verbal, e acrescenta que esta área apresenta um desafio metodológico dentro da análise do comportamento. Uma parte desse desafio é o caráter excessivamente sensível e dinâmico das interações verbais, o que torna pouco efetiva a tradição dos métodos de pesquisa de estados estáveis. O autor também destaca que o conceito de linha de base em interações verbais precisa ser reexaminado e não ficar limitado à frequência de respostas.

Segundo Leigland (1998) novos desenvolvimentos metodológicos são necessários na análise funcional de interações verbais em tempo real. Ele afirma que a construção de uma ciência eficaz do comportamento verbal requer um avanço nas explorações empíricas além das tradicionais em pesquisa básica, através do desenvolvimento de preparações experimentais que envolvam contextos e convenções de laboratório especiais, que permitam o controle experimental e a manipulação sistemática de variáveis importantes relacionadas com o comportamento verbal.

De acordo com Leigland (1998), sem dúvida existem muitos problemas a serem encarados no desenvolvimento de preparações efetivas para a análise funcional do comportamento verbal, porém considera que o comportamento verbal tem características favoráveis, como ser facilmente observado, prontamente confirmado e registrado mais convenientemente e com mais baixo custo do que qualquer outro tipo de evento comportamental. O autor argumenta que é possível fazer progressos com arranjos experimentais relativamente simples e considera possível estudar cientificamente o comportamento verbal, desde que seja definida a classe de resposta ou unidade onde seriam observadas as variações e identificadas as contingências ambientais produzindo essas variações.

Day (1982) apresentou algumas recomendações sobre como identificar variáveis que podem estar agindo no controle do comportamento verbal contínuo e afirma que o que seria mais produtivo para gerar conhecimento sobre o controle do comportamento verbal seria a obtenção de linhas de base que consistissem de *“pouco mais do que reconhecíveis, consistentes e característicos padrões de comportamento verbal”* (p. 168), ou seja, maneiras de dizer coisas. Sugere que o próprio observador experimental pode determinar se diferentes seqüências de material verbal são ou não semelhantes ou

diferentes e decidir quando há um padrão no material verbal. Segundo o autor, na pesquisa utilizando esse procedimento foi possível observar tanto a consistência interna do comportamento verbal de pessoa para pessoa, quanto a grande faixa de diferentes tipos de padrões que existem para serem vistos nele.

Uma segunda recomendação de Day (1982) para tentar lidar com o problema de identificar variáveis controladoras no comportamento verbal contínuo diz respeito à familiaridade do observador com o comportamento verbal do sujeito e com a situação experimental do falante. Tal aspecto permitiria concluir quais relações controladoras de vários tipos estão de fato operando em relação a uma afirmação particular. Assemelha-se à situação comum que encontramos algumas vezes, de supor saber o que levou uma pessoa a fazer o que fez.

Para Day (1982), a questão central dessa recomendação metodológica residiria em qualquer resposta que fosse dada à pergunta *O que faz você pensar que a relação é óbvia?* E concluiu afirmando que para fortalecer a confiança na identificação de uma variável controladora, dever-se-ia perguntar ao sujeito o que ele estava pensando ao desempenhar determinado comportamento, facilitando sua interpretação.

Day (1982) considerava o comportamento verbal um fenômeno natural e livre, assim enfatizava a interpretação do comportamento ao invés da previsão e controle. Na metodologia empregada por seu grupo de pesquisa o comportamento do pesquisador funcionava como a variável dependente, direcionado pelo comportamento do sujeito, a variável independente.

Na pesquisa em psicologia clínica, geralmente a variável independente é o tratamento manipulado pelo experimentador e a medida dos efeitos da variável independente ou experimental é a variável dependente. Nos delineamentos de grupo,

por exemplo, freqüentemente um ou mais grupos são submetidos a uma intervenção experimental enquanto um outro grupo funciona como controle, sendo usado para controlar a influência de uma ou mais variáveis.

A partir das considerações de Day (1982) acerca de mudanças metodológicas que contemplassem o estudo de relatos verbais para a mensuração de desempenhos não verbais, uma série de pesquisas vem procurando estudar relatos verbais. Segundo De Rose (1997), a Análise do Comportamento vem sistematicamente desenvolvendo tecnologias para estudar o comportamento humano complexo, o que tem gerado uma utilização maior do relato verbal, que se constitui em uma importante fonte de dados e, justamente por tal motivo, o comportamento de relatar tem sido amplamente estudado. Ele aponta três linhas de pesquisa experimental sobre relatos verbais:

1. Correspondência entre o relato e o estímulo discriminativo;
2. Modelagem do relato verbal; efeitos do reforço sobre o relato e sobre o comportamento relatado; e
3. Efeitos do relato sobre o comportamento relatado (comportamento-alvo).

Segundo Catania, Matthews e Shimoff (1990), a modelagem do comportamento verbal é uma técnica potente para modificar o comportamento humano, especialmente sabendo-se que a distinção entre comportamento governado verbalmente e comportamento modelado por contingências é relevante tanto para o comportamento verbal como para o não verbal. Para esses autores, a implicação prática disso é que pode ser mais fácil mudar o comportamento humano modelando aquilo que alguém diz, do que modelando aquilo que esse alguém faz. Porém, esses estudos foram realizados no contexto de relações de equivalência, onde o indivíduo tinha seu comportamento verbal

modelado até a obtenção da descrição da contingência em vigor. A partir deste ponto, seu desempenho na tarefa atingia o objetivo final.

Alguns estudos de auto-relatos têm mostrado a utilidade do comportamento verbal como meio para adquirir conhecimento sobre algo que está oculto à observação do pesquisador. Esse aspecto também é observado no ambiente clínico, onde o terapeuta deve ocasionar auto-relatos para obter os dados para sua análise e intervenção. Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet e Bogie (2001) descreveram uma metodologia de pesquisa de auto-relatos em ambiente clínico que envolveu a utilização de escalas e questionários a serem preenchidos pelos participantes, incluindo itens descrevendo comportamentos-alvo*, com a utilização de escores para classificação das respostas. Nesse estudo, os autores destacaram as limitações implicadas no uso de medidas de auto-relatos (escalas e questionários) e questionaram a correlação destas medidas com relatos de outras pessoas envolvidas (pais, por exemplo) e a avaliação em laboratório, possibilitada pela observação direta do comportamento.

Dupuy, Beaudoin, Rhéume, Ladoucer e Dugas (2001) descreveram um procedimento de avaliação de comportamento problema que incluía um roteiro de entrevista estruturado, cadernos para registros de automonitoração e um questionário padrão para a obtenção de auto-relatos. Os autores concluíram que o procedimento de automonitoração diária, por meio de relatos escritos livres e não estruturados de comportamentos mostrou-se válido para discriminar entre comportamento problema e comportamento não problemático, e mostraram que se correlaciona significativamente com os escores de um questionário padrão, medida de caráter estruturado e sistematizado. Tal estudo permite supor a eficácia do auto-relato livre e em tempo real

* Os autores definem comportamentos-alvo como aqueles que o cliente deseja alterar.

que ocorre no contexto clínico ou de se solicitar ao cliente, como tarefa terapêutica, a realização de um diário, onde ele registraria todos os eventos que julgasse relevantes para serem tratados na terapia.

No entanto, Hadjistavropoulos e Craig (2002) apontaram falhas nas medidas de auto-relato para descrever a experiência subjetiva dos indivíduos. Segundo os autores, quando o termo “auto-relato” é usado para referir-se a comportamento não-verbal, a natureza consciente e deliberada do ato comunicativo, implicada no uso da palavra “relato”, precisa ser apreciada. Eles argumentam que existem controvérsias quanto ao significado da afirmação de que uma ação é deliberada ou não, tanto no domínio verbal quanto no não verbal, afirmando que o relato de uma experiência subjetiva não pode ser considerado em sua totalidade, embora os clínicos e outros freqüentemente façam este julgamento e aceitam analisar o estado subjetivo a partir de seu relato.

Hadjistavropoulos e Craig (2002) partem do pressuposto de que o que deve ser analisado é o relato expresso e não o que foi relatado. Assim desenvolveram sua análise com base na perspectiva comunicacional, onde a vivência de um estado interno pelo sujeito pode ser codificada em aspectos particulares de comportamento expresso, o qual será então, decodificado e objeto de inferências por um observador. Essa decodificação, que em terapia é feita pelo terapeuta, supõe identificar no ato comunicacional aspectos relevantes para a queixa apresentada, congruências e contradições, as quais serão analisadas para que se alcance a maior precisão do verbal com o não-verbal, nesse caso, o estado subjetivo. Os autores propõem uma versão ampliada desse modelo comunicacional, entendendo que o comportamento expresso tanto pode ser verbal lingüístico quanto verbal não lingüístico, ou para melhor entendimento, aberto ou encoberto.

Métodos de análise funcional têm sido amplamente utilizados no estudo do comportamento verbal e têm se mostrado bastante úteis no entendimento de comportamentos não verbais e na solução de problemas (Greene & Bry, 1991; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993; Saunders & Spradlin, 1996; Sundberg & Sundberg, 1990).

Segundo Taylor, O'Reilly e Lancioni (1999), os analistas de comportamento já começaram a explorar possíveis mecanismos responsáveis pelos efeitos da história comportamental sobre o comportamento atual em humanos. Experimentos recentes têm focalizado o papel do comportamento verbal e sugeriram que o repertório verbal de uma pessoa seria freqüentemente considerado como uma variável histórica, apontando não apenas para a importância da história de aprendizagem para explicar o comportamento, mas também a importância da história de aprendizagem do comportamento verbal em conjunção com a história comportamental em geral (Lattal & Neef, 1996). Outros experimentos têm testado a hipótese de que histórias verbais e histórias de reforçamento estão relacionadas (Hackenberg & Joker, 1994).

Segundo Taylor e cols. (1999) uma análise do comportamento verbal é problemática na medida em que ele é um produto de uma história desconhecida e é controlado por contingências não especificadas. O comportamento verbal tanto pode depender de comportamento não verbal, quanto pode ser similar a comportamento verbal precedente do qual dependia o comportamento não verbal, ou ainda pode estar relacionado com comportamento não verbal precedente de outras maneiras não determinadas. Para os autores a maioria das pesquisas sobre comportamento verbal envolve estímulos verbais cujas propriedades controladoras foram pré-estabelecidas

antes do início do experimento, mas pouco é conhecido sobre as circunstâncias sob as quais estas propriedades se desenvolveram.

Para Taylor e cols. (1999), afirmar que o responder humano atual é produto de uma história complexa verbal é apenas uma especulação; o controle discriminativo do comportamento verbal deve ser estudado diretamente. Isto requereria um levantamento das interações ambientais dos indivíduos que levaram ao desenvolvimento do comportamento verbal atual para então observar os efeitos desta história sobre o comportamento atual. No entanto não é viável levantar toda a história ambiental do comportamento verbal dentro de uma comunidade verbal, portanto, muito do comportamento verbal permanece sem explicação completa.

Numerosos estudos relatados na literatura experimental têm tentado controlar a emergência de comportamento verbal em contextos experimentais, como é o caso de Catania, Matthews e Shimoff (1982) que mostraram que o comportamento verbal relevante para uma tarefa experimental podia ser modelado no ambiente experimental. Para Catania e Shimoff (1998), é mais fácil mudar o comportamento humano modelando aquilo que alguém diz do que modelando diretamente aquilo que alguém faz (Catania, Matthews & Shimoff, 1982 e 1990). Estes estudos demonstram que um treino em correspondência verbal/não verbal pode ser uma estratégia eficaz para promover a ocorrência de comportamento não verbal alvo.

A explicação para a influência de uma classe de comportamento (verbal) sobre outra (não verbal) – relação estímulo-estímulo, é dada por Beckert (2005) ao afirmar que, em primeiro lugar, para a análise do comportamento o comportamento verbal é um operante e não uma atividade mental. Logo, contingências de reforçamento operam na correspondência entre o comportamento verbal e o não verbal relacionado, assim como

contingências de reforçamento operam sobre a correspondência entre quaisquer outros tipos de comportamento.

Outra explicação apresentada por Beckert (2005) é que a correspondência pode ser um exemplo de controle de estímulos, onde o reforço somente é apresentado na presença de correspondência verbal/não verbal. Nesta relação, o comportamento antecedente exerce funções discriminativas sobre o comportamento subsequente. No entanto esta explicação apresenta limitações metodológicas, visto que o controle do comportamento não verbal pode se dar por múltiplas variáveis de controle (verbalizações encobertas, variáveis do experimentador, acidentalmente).

A transferência de funções observada entre membros de uma classe de equivalência também pode ser aplicada para o entendimento da ocorrência de correspondência (Beckert, 2005). Estímulos verbais tornam-se equivalentes aos estímulos ou eventos não verbais com os quais se relacionam e, assim, influenciam o comportamento posterior, facilitando a ocorrência verbal/não verbal.

Os estudos sobre correspondência verbal/não verbal são importantes porque demonstraram, entre outras coisas, que o comportamento verbal pode ser colocado sob algum grau de controle experimental. De acordo com Catania e cols. (1982,1990), respostas verbais modeladas ocasionaram mudanças em respostas não verbais correspondentes. Tais estudos enfatizavam que a descrição de contingências controladoras era o mecanismo que levava ao sucesso um determinado esquema terapêutico, numa clara indicação para os terapeutas quanto aos temas a serem abordados nas intervenções e quanto à maneira de obter modificações relevantes no comportamento queixa, aquele que o cliente quer alterar ou eliminar.

Capítulo II – Comportamento Verbal e Prática Clínica

A prática clínica comportamental teve seu início marcado pela aplicação das técnicas derivadas da Análise Experimental do Comportamento e era denominada Modificação do Comportamento, pela ênfase dada ao comportamento manifesto e nas variáveis ambientais das quais ele era uma função. No início, os princípios derivados do trabalho com animais em laboratório foram aplicados a humanos de uma maneira direta. Isto produziu potentes estratégias de mudança de comportamento em algumas áreas, tais como nos problemas de desenvolvimento (Wilson & Blackledge, 1999). Gradualmente, os desenvolvimentos na área foram sendo aplicados para o entendimento dos problemas clínicos.

Muito do que era realizado naquela prática inicial tinha caráter investigativo: ao mesmo tempo em que se procurava mostrar a eficiência das técnicas comportamentais na solução de uma variedade de problemas, estavam sendo testados os princípios da análise experimental do comportamento e sua aplicação em problemas clínicos. Exemplos clássicos são a utilização do princípio do reforçamento em instituições psiquiátricas (Ayllon & Azrin, 1964) e do descondicionamento de respostas de medo (Wolpe, 1964).

Para Salzinger (2003), a tradição behaviorista na prática clínica teve seu início marcado por uma rejeição à tradição analítica tradicional, que enfatizava a interação verbal, e tinha interesse em especificar e implementar contingências e não apenas em descrevê-las. O objetivo inicial era alcançar mudanças comportamentais concretas ao invés de fazer inferências sobre elas. Acreditava-se, por exemplo, que a argumentação da psicanálise não causaria efeitos e que tal comportamento verbal não alterava o comportamento, do qual quase sempre era excluído o comportamento verbal. A terapia

verbal não atacaria as contingências, pelo contrário, desviar-se-ia delas. A prática clínica de base comportamental seria direta, produzindo modificações através da análise da situação concreta. O comportamento verbal foi negligenciado e os relatos eram utilizados apenas como indícios para a coleta direta de informações, via observação.

De acordo com Salzinger (2003), apesar de todo o comportamento humano envolver comportamento verbal, os analistas de comportamento menosprezaram grandemente o comportamento verbal no surgimento da análise do comportamento, insistindo que fazer era mais importante do que dizer.

Como resultado de uma sucessão de críticas ao modelo adotado, considerando a manipulação direta de contingências superficial e simplista, foi observada uma mudança de direção na prática clínica comportamental. Foi se tornando difícil para os “modificadores de comportamento” atender à demanda da comunidade científica e da sociedade que buscava seus serviços. A modificação do comportamento não se adequava ao modelo de “aconselhamento” tipicamente buscado pelos indivíduos. Por estas razões, os psicólogos clínicos de orientação comportamental passaram a rejeitar a utilização pura e simples das técnicas de modificação do comportamento, com seus passos metodológicos seguidos de forma ortodoxa e, dentre outras novas formas de atuar adotadas, passou-se a adotar a interação verbal dentro de consultórios (Guedes, 1993).

Para alguns pesquisadores essa mudança de rumo na prática clínica comportamental também era merecedora de críticas, pois deixava de utilizar os procedimentos que caracterizavam a abordagem. De fato, para uma abordagem que inicialmente rejeitava o modelo médico tradicional, era difícil aceitar e justificar o

retorno para o modelo interativo, ou seja, de atuação indireta, através da interação verbal cliente-terapeuta.

A adoção de uma prática clínica dentro de consultórios tornava improvável criar arranjos ambientais que permitissem identificar as contingências responsáveis pelo comportamento. Desta forma, outros aspectos da prática clínica em si tornaram-se relevantes para o sucesso de uma intervenção e para manter a credibilidade já alcançada pela prática comportamental com problemas clínicos, principalmente em relação à segurança quanto aos resultados. Segurança essa garantida pelo caráter científico experimental que embasava a prática.

A ênfase se voltou para as interações verbais entre o cliente e o terapeuta no espaço do consultório exclusivamente, com uma busca por técnicas e procedimentos que levassem a mudanças favoráveis em comportamentos problemáticos sem a atuação direta dos terapeutas nas contingências responsáveis. Esta transição se deu, em grande parte, pela demanda de consumidores que apresentavam problemas menos graves do que os tratados pela prática comportamental, que não impediam as relações interpessoais como os transtornos psiquiátricos ou do desenvolvimento, com a presença de comprometimento verbal, mas que causavam outras dificuldades não solucionadas pelas terapias mentalistas. Por outro lado, os próprios terapeutas comportamentais perceberam que era importante buscar explicações comportamentais, assim como formas de atuação, baseadas em princípios cientificamente comprovados, para problemas clínicos em adultos verbalmente competentes.

Skinner (1953) desempenhou um papel influente nessa mudança quando dedicou um tópico à psicoterapia em seu livro “Science and Human Behavior”, e afirmou que o terapeuta é uma potente fonte de reforçamento, estabelecendo-se como o principal

evento ambiental responsável pelas mudanças comportamentais apresentadas pelos clientes na terapia. Além disso, contribuiu fortemente para destacar a importância do condicionamento verbal para a interação terapeuta cliente, quando publicou em 1957 o seu “Verbal Behavior”, o qual suscitou diversas pesquisas para investigar a influência do experimentador sobre as verbalizações do sujeito. Muitas dessas pesquisas foram realizadas em ambientes que lembravam a psicoterapia. Quando a terapia comportamental começou a sofrer influência das teorias cognitivas, Skinner apresentou o conceito de *Comportamento governado por regras* em seu artigo “An operant analysis of problem solving”, de 1966, para explicar porque algumas contingências não podem ser descritas com precisão, referindo-se aos processos cognitivos.

Apenas recentemente, entretanto, os analistas de comportamento têm tratado mais completamente as questões relacionadas com clientes verbalmente competentes que buscam assistência terapêutica (Dougher & Hayes, 1999). A partir da década de 80 surgiram várias propostas de intervenção terapêutica, que procuravam mostrar ser desnecessário o apelo para conceitos cognitivos ao se analisar o comportamento no contexto clínico, e que se baseavam na análise do comportamento verbal na prática clínica. De acordo com Barcellos e Haydu (1995), os trabalhos pioneiros foram os de Hayes (1987) e de Kohlemberg e Tsai (1987). Hayes apoiou-se no conceito de comportamento governado por regras, como estímulos de natureza verbal, afirmando que regras exercem efeitos marcantes sobre as relações entre o ambiente e o comportamento. Kohlemberg e Tsai enfatizavam que a mudança terapêutica desejável era determinada, em grande parte, pela relação entre cliente e terapeuta, e que esta interação verbal deveria ser objeto da análise funcional do comportamento do cliente.

Segundo Dougher e Hayes (1999), a terapia comportamental é eminentemente verbal e a atuação do terapeuta se dá sobre o comportamento verbal do cliente.

“Clientes e terapeutas interagem verbalmente. Clientes relatam suas histórias, descrevem seus problemas, articulam suas experiências privadas, expressam suas hipóteses sobre as causas de seus problemas, e declaram suas expectativas e objetivos para a terapia. Terapeutas ouvem, interpretam, exploram, questionam, esclarecem, explicam, educam, oferecem formulações alternativas, fornecem metáforas, encorajam, desafiam, confortam, reforçam e programam compromissos futuros. Tudo isto é verbal” (Dougher & Hayes, 1999, p. 22).

Muitos estudos buscaram analisar o que acontece na interação terapeuta-cliente que faz com que, mesmo sem um contato direto com as contingências que controlam o comportamento do cliente, o terapeuta atue no sentido de promover as mudanças necessárias mesmo sem manipulação de variáveis ambientais no contexto em que ocorrem os comportamentos problema. As modificações são alcançadas exclusivamente através da interação verbal com seu cliente.

Na prática clínica são observados muitos resultados não-verbais a partir da interação verbal terapeuta-cliente, através da técnica de reforçamento diferencial. Tipicamente, no começo o terapeuta reforça a fala em geral do cliente. Depois de se estabelecer como uma fonte de reforçamento positivo, o terapeuta passa a reforçar certas classes de comportamento verbal. Assim, o terapeuta tem que identificar o que o cliente está fazendo no presente e o que tem como objetivo mudar, discriminar os controles imediatos sobre o comportamento do cliente na situação clínica e os controles imediatos nas situações problema, relatados na situação clínica.

Depois de levantada uma espécie de linha de base verbal, o terapeuta passa a fazer perguntas que dão oportunidade ao cliente de verbalizar relações possíveis e desejáveis e reforçar parte do comportamento verbal existente relacionado com a mudança, pelo menos com respeito ao comportamento verbal. Finalmente, o terapeuta deve apresentar estímulos discriminativos para afirmações de mudanças pretendidas e ocorridas e reforçá-las quando elas ocorrem.

De acordo com Hübner (1997a), numa análise do comportamento verbal é necessário prever a ocorrência de comportamentos verbais específicos e as condições necessárias para a ocorrência ou alteração de tais comportamentos. Na prática clínica esse aspecto se expressa na medida em que um dos objetivos iniciais do terapeuta é aumentar a probabilidade de um determinado comportamento verbal emergir. Assim, o terapeuta deve criar condições, na interação com seu cliente, para a ocorrência de comportamento verbal relevante. Para Hübner (1997b), a permanência de indivíduos em terapias até sua conclusão está diretamente relacionada com o sucesso do controle exercido pelo comportamento verbal surgido na interação terapeuta-cliente, sobre comportamentos não verbais que a pessoa deseja modificar. Este aspecto do comportamento verbal mostra que a terapia não é um mero exercício de retórica.

Beckert (2001) afirma que, na terapia comportamental, o terapeuta atua sobre o comportamento verbal do cliente e a interação entre os dois é a causa primária da mudança terapêutica. No entanto, *“Alguns terapeutas, ou futuros terapeutas, não sabem como e por que a interação verbal ocorrida durante a sessão pode controlar o comportamento verbal e/ou não verbal de seu cliente, em seu ambiente natural”* (p. 218).

A maioria dos terapeutas comportamentais dá pouco valor ao estudo das verbalizações de seu cliente no processo terapêutico e por isso não há preocupação, na terapia, com a análise funcional do episódio verbal entre terapeuta e cliente. Os terapeutas comportamentais enfatizam contingências e seus efeitos sobre o comportamento do cliente, por isso reforçam relatos de contingências. As contingências não são observadas pelo terapeuta quando o cliente está fora da situação clínica – em casos excepcionais, talvez sim – mas o terapeuta trabalha com aquilo que o cliente verbaliza sobre essas contingências, não sendo dada importância devida ao comportamento verbal em si.

Na terapia, é observado que o relato do cliente de seu comportamento e das condições das quais ele é função, vai apresentando mudanças sucessivamente, e faz parte do trabalho do terapeuta discriminar essas mudanças. Além disso, o terapeuta deve verificar se o comportamento verbal modificado tem, de fato, como efeito, as mudanças não verbais desejadas. Assim como o terapeuta entra em contato com as contingências, das quais o comportamento do cliente é uma função, por meio do relato do cliente, as mudanças que ocorrem são, da mesma maneira, contactadas pelo relato verbal do cliente.

Isso sugere que no processo de emitir comportamento verbal relevante, a estimulação produzida pela resposta do terapeuta evoca uma maior variedade de respostas no cliente, algumas das quais passam a se relacionar com uma solução do problema. Assim, acredita-se que o terapeuta possa ir modelando a verbalização do cliente na situação clínica, tanto no sentido de obter maior correspondência com o não-verbal, quanto para obter controle fora da situação clínica através de uma regra – estímulo verbal. O comportamento governado por regras é verbal e muito importante no

controle tanto de outro comportamento verbal quanto do comportamento não-verbal do falante e do ouvinte. Por este fato, o terapeuta deve garantir contingências reforçadoras para o seguimento de regras fora do contexto clínico.

A literatura sobre condicionamento verbal operante tem afirmado que o comportamento verbal pode ficar sob o controle das contingências de reforçamento. Isso possibilitaria aos terapeutas usarem seu próprio comportamento verbal para modelar o comportamento verbal do cliente dentro da sessão terapêutica. No entanto, como afirmaram Catania e Shimoff (1998) *“Na modelagem do conteúdo de conversação, o experimentador deve manter a conversação em andamento enquanto também está envolvido na modelagem”*. Este aspecto, implicado no estudo do comportamento verbal, é uma das dificuldades com que se deparam os analistas do comportamento: como manter o controle sobre seu próprio comportamento, sendo ele uma condição de estimulação para o comportamento do falante que está sendo estudado? Isso exigiria que o terapeuta-experimentador estipulasse em seu repertório aquele aspecto que evocaria no cliente comportamento verbal relevante sem, no entanto, permitir que seu comportamento verbal seja dirigido pelo do cliente. O objetivo seria causar efeito sobre o comportamento verbal e não verbal do cliente. A intervenção do terapeuta seria programada dentro de um referencial de análise funcional. O terapeuta manejaria as contingências verbais na sessão visando levar o cliente a assumir novas formas de agir, verbalmente ou não.

Pode-se inferir que, em um episódio verbal na situação clínica, o comportamento verbal do terapeuta funcionaria primeiramente como uma variável independente da qual o comportamento do cliente é função. Por sua vez, o comportamento do cliente funcionaria como uma variável que iria produzir no repertório do terapeuta uma

alteração necessária para manter o diálogo e a emissão de comportamento verbal relevante por parte do cliente.

Os estudos citados anteriormente sobre o efeito do relato no comportamento relatado mostram que o comportamento de relatar pode vir a ter efeitos sobre o comportamento que se deseja modificar. Esses efeitos devem ser levados em conta quando o interesse do pesquisador é no comportamento alvo, como é o caso da intervenção terapêutica. Pesquisas têm demonstrado que solicitar ao indivíduo para relatar ou registrar seus comportamentos pode produzir mudanças no comportamento relatado. Catania e Shimoff (1998) propõem as seguintes análises:

- 1ª) As solicitações para o relato podem constituir uma instrução implícita que exerce controle sobre o comportamento alvo;
- 2ª) O relato pode ocasionar comportamentos de auto observação, anteriormente ausentes; e
- 3ª) O relato pode ter propriedades de feedback, similares ao feedback externo, reforçando o comportamento alvo.

Estas explicações indicam o poder que o terapeuta pode ter em ocasionar e alterar o relato verbal de seu cliente para obter os dados necessários para a intervenção, e para levar o cliente a ficar mais atento ao que acontece em sua volta, ainda que isto não garanta necessariamente a precisão do relato. No entanto, outras medidas podem ser utilizadas em terapia para verificar a presença de contradições no relato do cliente. Além disso, como afirma Hübner (1997b), o terapeuta pode levar o cliente a ficar sob controle das contingências e não de suas eventuais formulações verbais, eventualmente incorretas sobre as contingências. Somente seria necessário o terapeuta solicitar relatos das contingências (a versão da realidade do ponto de vista do cliente, diante do

terapeuta) e não do pensamento verbal (concepção de mundo ou regras) do cliente. Afinal são as contingências que afetam o comportamento.

Como afirma Beckert (2005), a interação verbal entre o terapeuta e o cliente é um fator crítico para a mudança terapêutica. No entanto, a verbalização do cliente na sessão está sob controle de diversas variáveis, portanto apenas o reforço da verbalização não é garantia de correspondência entre o que o cliente fala e o que ele realmente faz fora do ambiente terapêutico. O terapeuta deve, então, arranjar as contingências necessárias que estabeleçam e que mantenham a correspondência.

Segundo Beckert (2005), a aquisição de autoconhecimento, repertório fundamental objetivo da terapia, pode ser alcançado com um treino em correspondência. A maioria dos casos clínicos requer o investimento no treino de auto-observação. Se o cliente é capaz de dizer o que faz ou o que fez, identificando e descrevendo as variáveis das quais seu comportamento é função, estará apresentando autoconhecimento. O treino da cadeia dizer-fazer é um treino de auto-tato e, como tal, poderá servir de instrumento para o estabelecimento de verbalizações mais fidedignas sobre o comportamento e suas variáveis de controle.

O treino em correspondência pode ser implementado no intuito de que o dizer anterior possa exercer um controle discriminativo sobre o fazer, facilitando a emissão deste. Porém, outras variáveis do ambiente imediato podem exercer controle sobre a resposta impedindo o fazer relativo ao dizer anterior. Além disso, quando o cliente diz o que vai fazer não necessariamente ele está gerenciando as contingências que mantêm o comportamento. Muitas variáveis ainda precisam ser melhor compreendidas nessa área. Dizer e fazer são comportamentos complexos cuja correspondência compreende dois universos mutideterminados.

Em resumo, analisar o comportamento verbal do cliente em terapia é, sem dúvida, um modo eficiente de avaliar seu comportamento não verbal, bem como de intervir no relato e no comportamento relatado pelo cliente.

Compreender os controles sobre o comportamento verbal tem implicações diretas para a psicoterapia, já que para explicar porque um paciente procura terapia em um dado momento é necessária a análise de uma história bastante complexa, “*da qual o comportamento verbal é parte inseparável*” (Skinner, 1953, p. 369). Uma análise funcional do comportamento verbal pretende possibilitar a previsão de ocorrência de comportamentos verbais específicos e o controle desses comportamentos, alterando certas condições de sua ocorrência.

O objetivo da situação terapêutica é fazer com que os episódios verbais entre terapeuta e cliente tenham efeito sobre o comportamento não verbal correspondente do cliente, dentro e fora do ambiente terapêutico. Nesse contexto, o terapeuta manipula variáveis para que o comportamento verbal encoberto do cliente se torne aberto. A ação do terapeuta funciona como estimulação que evoca no cliente comportamento verbal relevante e significativo para a compreensão e posterior solução da situação problemática trazida pelo cliente.

No entanto, apenas o reforçamento de verbalizações específicas do cliente não aumenta necessariamente a frequência do comportamento não-verbal correspondente (Rosenfarb, 1992). O comportamento verbal do cliente durante a sessão está sob controle de diversas variáveis, da situação e de fora dela, o que exige do terapeuta criar condições para que o comportamento verbal do cliente corresponda ao não verbal que deve ser modificado. Com esse objetivo, o comportamento verbal do cliente deve ser objeto de análise dentro do processo terapêutico.

Segundo Hübner (1997b), muito do sucesso da terapia depende do controle do comportamento verbal do cliente e do terapeuta sobre a ampla gama de comportamentos não verbais que o cliente deseja ver em si modificados. O papel do comportamento verbal na terapia é seu controle sobre os demais comportamentos e esse controle pode ser adquirido diretamente, modelado e mantido por contingências. Dessa forma, a terapia não é mero exercício de retórica que não surte efeito. Pelo contrário, trabalhar com o comportamento verbal é um excelente meio para se atingir as ações propriamente ditas.

Para Hübner (1997a), é perfeitamente possível lidar com um comportamento verbal através do modelo de tríplice contingência. No entanto, as relações entre contingências em vigor não são lineares.

Como afirmaram Catania e Shimoff (1998), uma das funções primárias do comportamento verbal é que é um modo eficiente pelo qual um organismo pode mudar o comportamento de outro organismo. Ao falarmos geramos mudanças no comportamento do ouvinte. Uma prática clínica derivada dessa postura é, por exemplo, a de que ouvir e registrar as falas, de acordo com o referencial de análise funcional de comportamento verbal, é uma excelente fonte de dados e ouvir uma fala, sem puni-la, já é uma forma de aumentar a probabilidade de que comportamentos verbais encobertos tornem-se abertos no ambiente terapêutico (Hübner, 1997b).

Capítulo III – Ansiedade

Comportamentos inconvenientes ou perigosos para o próprio indivíduo ou para outros freqüentemente requerem uma intervenção. Alguns desses comportamentos representam sub-produtos do controle aversivo ou inconsistente exercido pela

comunidade social. Entre esses sub-produtos encontram-se as reações de medo, ansiedade, raiva e depressão, os chamados transtornos de comportamento. A ansiedade é uma das respostas emocionais mais comuns, porém é muito alta a frequência com que a ansiedade atinge níveis limitantes em diversas áreas da vida das pessoas. (Skinner, 1953).

De acordo com Forsyth (2000), ao longo dos últimos trinta anos, a terapia comportamental vem lidando com pessoas que sofrem de ansiedade e problemas relacionados com o medo. Estes transtornos estão presentes em quase todas as atividades humanas e freqüentemente representam a preocupação central de pessoas que buscam atendimento psicoterápico.

A ansiedade e o medo prenderam a atenção de muitos psicólogos porque são eventos emocionais difusos que podem adquirir funções adaptativas e assim interferir com a habilidade de comportar-se efetivamente e adaptativamente na manutenção de um emprego, nos relacionamentos interpessoais, nos cuidados pessoais e de outros, e assim por diante. As pessoas que sofrem destes transtornos compartilham em comum a experiência desadaptativa da ansiedade e medo na ausência da ameaça ou perigo real, e freqüentemente em um determinado nível que interfere com importantes áreas de funcionamento em suas vidas (Forsyth, 2000).

Estima-se que aproximadamente 60% a 70 % da população adulta sente, pelo menos uma vez ao longo da vida, depressão ou ansiedade em grau suficiente para influenciar as suas atividades cotidianas (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Para as pessoas que apresentam um quadro ansioso, a qualidade de vida e a capacidade de autogerência ficam fortemente prejudicadas. Além disso, o fato dos transtornos ansiosos não serem bem diagnosticados e/ou tratados, retiram uma parte importante da qualidade

e do tempo de vida de milhões de pessoas. A carga econômica cumulativa causada por estas desordens, em termos de perda de produtividade, absenteísmo, mudanças frequentes de emprego, acidentes e cuidados médicos é enorme; os custos do sofrimento humano são incalculáveis.

Os sintomas de transtorno ansioso, de acordo com o DSM-IV (1994) são taquicardia, falta de ar, sensação de desmaio, apreensão, medo do ridículo, perda de interesse, de motivação e esquiva das situações habituais da vida e procura de companhia (Kaplan & cols.,1997). Em um nível prático, a ansiedade distingue-se da resposta natural ao perigo pela avaliação de sua presença feita pelo próprio indivíduo, pela família, amigos e o profissional. Essas avaliações fundamentam-se nos estados internos relatados pelo paciente, seu comportamento e capacidade funcional.

Os transtornos de ansiedade são divididos de acordo com critérios clínicos, que levam em consideração o relato do indivíduo acerca do desconforto sentido e da alteração comportamental relacionada, assim como a situação em que ocorrem os sintomas. No DSM-IV (1994) encontramos as seguintes classificações para os transtornos de ansiedade: Ataque de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Pânico sem Agorafobia, Transtorno de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem História de Transtorno de Pânico, Fobia específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade sem Outra Especificação.

De acordo com a classificação acima, os sintomas representam o problema e o fenômeno a ser explicado, e numerosos processos e mecanismos estão disponíveis para

explicar os sintomas. Várias perspectivas teóricas apresentam estratégias similares que tem sido aplicadas a cada um dos transtornos descritos no DSM-IV (Forsyth, 2000).

De acordo com a teoria comportamental, a ansiedade é uma resposta condicionada a estímulos ambientais específicos. Como possibilidade etiológica alternativa, um indivíduo pode aprender a ter uma resposta interna de ansiedade, imitando as respostas de seus pais (teoria da aprendizagem social).

Nas pesquisas com animais (Silva, 1997), a ansiedade resulta quando um estímulo neutro (som) é seguido por um estímulo aversivo primário (choque) repetidas vezes, tornando o estímulo neutro um estímulo aversivo condicionado, cujas conseqüências comportamentais são denominadas ansiedade (Lundin, 1977). O estímulo aversivo condicionado adquire função de reforçador condicionado negativo e as conseqüências desse emparelhamento poderão envolver comportamento respondente. Diz-se que o comportamento é de ansiedade quando a separação temporal entre os estímulos neutro e o aversivo é suficiente para permitir que ocorram mudanças comportamentais. É necessário que o estímulo aversivo que segue o estímulo neutro seja inevitável, para que se chegue à operação da ansiedade e não de esquivas (Lundin, 1977).

Os modelos experimentais de ansiedade animal dividem-se entre aqueles que utilizam respostas incondicionadas e aqueles que utilizam respostas condicionadas ao estímulo aversivo. Entre os que são baseados em respostas condicionadas encontram-se o Campo Aberto, o Labirinto Elevado, Caixa Claro-Escuro, Exposição ao Odor de Predadores e o modelo de Interação Social. Esses modelos são utilizados principalmente para avaliar a ação de drogas ansiolíticas, mas também possuem validade teórica na

previsão de reações a eventos estressores, no valor do reforçador, se negativo ou positivo, e na identificação de fatores genéticos relacionados à ansiedade (Silva, 1997).

Os modelos animais que são baseados em respostas aprendidas utilizam a supressão de comportamento não punido, resposta de alarme potenciada por estímulo aversivo, supressão de comportamento punido e resposta de escavar a terra para enterrar estímulo condicionado aversivo. Estes procedimentos permitem avaliar os comportamentos de esquiva passiva em contraposição com o comportamento operante em curso, frente a estímulos aversivos condicionados, assim como avaliar os efeitos das drogas sobre a linha de base punida e não punida (Silva, 1997).

Muitas teorias biológicas da ansiedade desenvolveram-se a partir de estudos pré-clínicos com modelos animais de ansiedade, do estudo de pacientes nos quais foram identificados fatores biológicos, e do crescente conhecimento envolvendo neurociência básica e das ações das drogas psicotrópicas (Kaplan & cols., 1997). As alterações biológicas mensuráveis nos indivíduos com transtorno ansioso tanto podem preceder quanto seguir-se ao transtorno. Os estudos nesta área incluem trabalhos sobre a sensibilidade do sistema nervoso autônomo, atividade de alguns neurotransmissores, as imagens cerebrais e estudos genéticos.

Para Rodgers, Cao, Dalvi e Holmes (1997), modelos animais formam a espinha dorsal da pesquisa pré-clínica sobre a neurobiologia dos transtornos mentais e são empregados tanto como ferramentas na busca por agentes terapêuticos quanto como simulações para estudos sobre mecanismos subjacentes. Os modelos comportamentais podem convenientemente ser classificados como respostas condicionadas e incondicionadas a estímulos que parecem ser capazes de causar ansiedade em humanos.

Embora os modelos condicionados permitam controle experimental sobre linhas de base comportamentais, eles freqüentemente necessitam da privação de água ou alimentos, uso de choque e considerável tempo de investimento no treino de sujeitos.

Por outro lado, modelos envolvendo comportamento incondicionado (da espécie) geralmente possuem um alto grau de validade ecológica, são menos susceptíveis a confusões levantadas pela interferência de aprendizagem, memória, fome, sede ou mecanismos nociceptivos e permitem um protocolo comportamental verdadeiramente abrangente de intervenções experimentais.

Segundo Rodgers e cols. (1997), a necessidade das estratégias na pesquisa sobre ansiedade em animais é mostrada pela necessidade de tratamentos seguros e efetivos para a gama de transtornos existentes. Os desenvolvimentos de modelos animais também se voltam para a validação comportamental. Embora a ansiedade humana seja composta por aspectos subjetivos, ela se reflete invariavelmente em perturbações comportamentais abertas que incluem fuga, esquiva, vocalização não verbal e hipervigilância. Quando também observadas em animais, tais respostas sugerem um estado afetivo comum.

Darwin (1872, citado em Rodgers e cols., 1997) observou que padrões defensivos em outras espécies são precursores evolucionários das reações de medo e ansiedade em humanos. Várias explicações clínicas mais recentes caracterizaram as perturbações da ansiedade em humanos como transtorno de defesa, no qual o aspecto central é uma ativação inapropriada de comportamento defensivo ocasionado por uma avaliação inadequada de perigo. Animais são capazes de demonstrar diversas reações defensivas em resposta a ameaças externas, como um predador. As respostas

compreendem tremores, afastamento, ataque defensivo, simulação de morte, que são dependentes tanto da iminência da ameaça quanto da oportunidade de fuga.

Tais padrões de comportamentos servem de confirmação para a premissa de que sua função é dotar o organismo de estratégias comportamentais para sair de situações potencialmente perigosas. Na medida em que muitos modelos animais de ansiedade são baseados na exploração de ambientes novos (e, portanto, potencialmente perigosos), seria previsível que estas situações também eliciassem avaliação de risco.

De acordo com Lundin (1977), as condições para a ocorrência de ansiedade em seres humanos obedecem ao mesmo paradigma descrito nas pesquisas com animais. No entanto, as manifestações comportamentais seriam mais complexas, envolvendo tanto reações operantes como respondentes. Dentre estas reações destacam-se respostas fisiológicas, glandulares e da musculatura lisa, e ações manifestas. Quando ocorrem mudanças no nível encoberto (“sentimentos”), a partir de determinado nível de desenvolvimento, estas podem operar como estímulos para descrições verbais da ansiedade.

Do ponto de vista do condicionamento, a ansiedade é considerada uma resposta a estímulos ambientais ou corporais inócuos, que é adquirida através de alguma forma de condicionamento aversivo, mais freqüentemente pavloviano ou respondente. (Forsyth, 2000). Contudo, o condicionamento respondente é consideravelmente mais complexo do que se pode imaginar. Em humanos os processos de condicionamento respondente podem ser estabelecidos com arranjos respondentes ou operantes. Além disso, em humanos verbalmente competentes, tais processos sempre envolvem o comportamento verbal. Um estímulo aversivo pode ser nomeado e experienciado sem

que haja, necessariamente, o contato direto com as contingências. Por exemplo, quando um funcionário recebe uma ameaça verbal de demissão.

As mesmas operações de estímulos descritas nas pesquisas com ansiedade em animais, que ocasionam mudanças na atividade respondente, como função do sistema nervoso autônomo, tais como taquicardia, sudorese e tremores nas extremidades, afetam similarmente os humanos. As reações expressas na atividade motora, como agitação e tensão muscular são, entretanto, mais evidentes. As mudanças globais no comportamento que formam tais padrões complexos de respostas são bastante explícitas. No entanto, quando se solicita a um indivíduo que verbalize suas respostas, tais respostas fisiológicas e comportamentais são freqüentemente definidas de maneira vaga e imprecisa, tornando difícil a sua mensuração.

Segundo Forsyth (2000) rotular e relatar um evento ambiental ou corporal negativo pode ser aversivo. Há uma diferença entre a aprendizagem humana e a animal que resulta da capacidade que os humanos possuem com a linguagem e as funções e significados verbais atribuídos à experiência emocional. Ele ainda destaca que em qualquer experiência chamada emocional, adaptativa ou não, está presente comportamento verbal.

Para Forsyth (2000), os transtornos de ansiedade ocorrem no responder humano a suas próprias respostas ou eventos ambientais em um esforço para controlar, reduzir, eliminar, evitar ou fugir deles. São exatamente estas respostas que são consideradas desadaptativas. Para o autor, o que sentimos e como respondemos ao que sentimos é uma função de como aprendemos o que significa sentir de uma determinada maneira. O contato direto com eventos aversivos, na ausência de uma comunidade verbal, não nos fornecerá esta informação.

De acordo com Forsyth (2000), a questão está relacionada com as circunstâncias que levam um ser humano a se comportar frente a suas próprias respostas, e o papel que estes comportamentos desempenham no desenvolvimento e manutenção dos transtornos ansiosos. A questão seria entender como estímulos aversivos e funções de respostas tornam-se relacionados com eventos verbais e não verbais e como algumas circunstâncias levam os humanos a responder a tais respostas de uma maneira que resulta em sofrimento psicológico e problemas vitais.

Nos últimos anos, alguns analistas de comportamento vêm incorporando conceitos cognitivos na avaliação e tratamento de ansiedade, na medida que os teóricos cognitivos apresentaram intervenções práticas para o modelo comportamental da ansiedade (Torres, 2000). A explicação cognitiva dos estados ansiosos supõe que padrões de pensamentos incorretos, distorcidos ou contraproducentes precedem ou seguem-se a comportamentos indesejáveis e transtornos emocionais.

Segundo o modelo cognitivo, os indivíduos portadores de transtornos ansiosos antecipam e supervalorizam uma possibilidade de perigo em uma situação específica ao mesmo tempo em que subestimam sua capacidade de enfrentamento da situação considerada ameaçadora. Os indivíduos, então, teriam pensamentos de perda de controle ou medo de morrer (emoções) que seriam contíguas a sensações fisiológicas sem explicação, tais como taquicardia, tontura, etc, as quais antecedem os ataques de ansiedade.

Segundo Torres (2000), a análise de eventos privados como a ansiedade, é a análise do comportamento verbal e não do conteúdo desse comportamento. Os eventos privados têm a função de dar informações sobre as contingências que estão atuando em nossas vidas e que são as verdadeiras causas das nossas dificuldades comportamentais.

Para Torres (2000), no processo terapêutico da ansiedade, é central a função do comportamento verbal e tratar dele significa analisá-lo a partir de um contexto cultural e de um contexto lingüístico, nos quais ele se produz, se mantém e, por fim, modela nossos comportamentos.

Vista dessa forma, a ansiedade é produto das práticas culturais ou sócio-verbais (Leite, 2000). Uma das interpretações usualmente dadas pela comunidade verbal é a de que problemas clinicamente relevantes podem ser função de sentimentos ou pensamentos. E um comportamento resultante dos reforçadores liberados pelo contexto sócio-verbal é a esquiva dos sentimentos e pensamentos indesejáveis como tentativa de solucioná-los. O relato verbal das respostas de ansiedade pode gerar comportamentos inadequados de controle, que impedem o contato efetivo com as contingências e assim a aprendizagem de formas de enfrentamento. Esse é o quadro apresentado pelos indivíduos que procuram terapia para eliminar sentimentos e pensamentos indesejáveis, como é o caso dos transtornos de ansiedade.

Segundo Leite (2000), o pensamento do indivíduo com transtorno de ansiedade é dominado por temas relativos a perigos ou ameaças à sua integridade física, social ou psicológica. Estes pensamentos são distorções cognitivas que levam a um aumento no nível da ansiedade. As respostas racionais não possuem impacto sobre a ansiedade da mesma maneira como a outras respostas emocionais, pois o padrão de esquiva instalado para evitar as situações ameaçadoras impede o reforçamento das respostas adequadas, uma vez que elas não ocorrem.

Para Skinner (1953), a ansiedade é um comportamento resultante de um conjunto específico de circunstâncias, portanto, qualquer tentativa de reduzir a resposta deve operar sobre essas circunstâncias. Skinner (1989) afirma que muitos estados

corporais diferentes são gerados por estímulos aversivos e são sentidos de diferentes modos.

Ainda de acordo com Skinner (1953), a operação que explica o comportamento ansioso é a presença de um estímulo, que caracteristicamente precede um poderoso reforçador negativo, evocar comportamento que foi condicionado pela redução de ameaças similares e que também elicia fortes respostas emocionais. Algumas destas respostas podem ser simples respostas gástricas as quais não chamaríamos emocionais. Outras podem ser do tipo comumente visto nas reações de medo. O comportamento operante também será modificado. Estes efeitos somente ocorrem quando um estímulo caracteristicamente precede um estímulo aversivo em um intervalo de tempo suficientemente grande para permitir que mudanças comportamentais sejam observadas. Esta condição é geralmente chamada ansiedade.

Segundo Skinner (1953), o padrão emocional de ansiedade parece não ter nenhum propósito útil. Ele interfere com o comportamento normal que poderia ser efetivo ao lidar com as circunstâncias. Uma situação de perigo é aquela que se assemelha a outra na qual coisas dolorosas aconteceram e onde não foi possível emitir resposta que proporcionasse o término da situação. Se o evento aversivo tem a probabilidade de ocorrer novamente, a condição sentida como ansiedade pode ocorrer e passar a agir como um segundo estímulo aversivo condicionado, mantendo a mesma relação com o evento aversivo e passa a ocasionar o mesmo efeito.

Na medida que o condicionamento acontece como resultado de pareamento de estímulos, um único evento aversivo pode colocar a condição de ansiedade sob controle de estímulos acidentais (Skinner, 1953). Os estímulos que foram fortalecidos por condicionamento podem ser elementos indistinguíveis do dia-a-dia, tornando

improvável formas de esquiva apropriadas a estes estímulos, embora outras formas de esquiva possam, através da indução, ser fortalecidas. Reflexos emocionais condicionados, assim como predisposições emocionais condicionadas, podem ser constantemente ativadas. A ansiedade pode não aparecer novamente, a menos que aqueles estímulos geradores dela sejam reinstalados.

Ainda segundo Skinner (1953), embora o aspecto emocional da ansiedade possa ser distinguido do efeito aversivo condicionado responsável pelo comportamento de esquiva, é possível que a emoção também seja aversiva. Respostas de esquiva podem ser interpretadas como uma fuga dos componentes emocionais da ansiedade.

Para Skinner (1989), as contingências verbais necessárias para a resposta “Sintome ansioso” são fornecidas por uma comunidade verbal, porém não precisamos usar os nomes dos sentimentos se podemos ir diretamente aos eventos públicos. Não é suficiente solicitar que a pessoa descreva como ou o que sente, porque as palavras usadas foram aprendidas com outras pessoas que não sabiam muito bem sobre o que estavam falando. As contingências fornecem uma melhor análise do que o relato sobre como sente a ansiedade. Em geral, quanto mais sutil o estado sentido, maior a vantagem em se voltar para as contingências.

Capítulo IV – Terapia Comportamental

A terapia comportamental utiliza técnicas derivadas dos princípios da Análise do Comportamento, e se serve de muitos tipos de controle, envolvendo contingências tanto operantes quanto respondentes. Um dos objetivos da terapia comportamental é promover o autoconhecimento do cliente, levando-o a descrever seu comportamento e identificar as variáveis ambientais que o controlam (Lundin, 1977). O terapeuta, então,

utiliza toda uma série de procedimentos necessários para levar o cliente a apresentar respostas verbais e não verbais cuja probabilidade de reforçamento seja aumentada em relação às anteriores, referidas na queixa, além de serem incompatíveis com os comportamento-problema. É importante a criação de uma hierarquia de respostas, na qual a mais elementar é escolhida como a primeira por ter máxima probabilidade de ser reforçada pelas contingências do ambiente natural, e assim sucessivamente, num processo de modelagem até a obtenção da resposta final desejada.

O terapeuta comportamental, exatamente enquanto um pesquisador analista do comportamento, desempenha um papel ativo em todo o processo terapêutico, até a fase final, a qual se caracteriza pela autonomia do cliente em relação ao terapeuta, no tocante ao estabelecimento de suas próprias metas e os procedimentos que serão utilizados para alcançá-las. Assim, o início do processo é caracterizado por uma espécie de contrato, onde o terapeuta expõe os pressupostos da teoria comportamental e explica como se dará o processo terapêutico, estabelecendo com o cliente um compromisso mútuo, onde ambos têm responsabilidades a serem cumpridas ao longo do processo.

A avaliação comportamental, no processo terapêutico é constante, porém a avaliação inicial é crucial para que o terapeuta possa proceder à análise funcional de todo repertório comportamental do cliente, levantar suas hipóteses e planejar sua intervenção. A análise funcional é o instrumento básico da terapia comportamental contemporânea, caracterizando-se pela identificação das relações entre os comportamentos alvos e as variáveis ambientais controladoras, o que permitirá a escolha das técnicas de intervenção.

Numa análise funcional em contexto terapêutico, o terapeuta necessita primeiramente obter relatos os mais precisos e completos possíveis de comportamentos

do cliente relacionados com o problema trazido para a terapia. Em seguida, ele precisará de descrições de condições externas das quais o comportamento é função. De posse desses dados, ele estará apto a estabelecer inter-relações possíveis entre comportamentos e variáveis ambientais. A análise funcional é fundamental para a previsão e controle do comportamento, na medida que ao terapeuta não é possível a manipulação direta de variáveis, como na situação de laboratório.

Segundo Skinner (1953), na medida em que a terapia se desenvolve como um sistema social organizado, o terapeuta torna-se uma importante fonte de reforçamento para os relatos do cliente, estabelecendo contingências necessárias à auto-observação e solicitando ao cliente que fale sobre o que está fazendo, pensando e sentindo ou o porquê. O terapeuta deve discriminar, no relato verbal do cliente, as contingências em operação no seu repertório para poder ensinar o cliente a discriminá-las.

Quando o conhecimento do terapeuta acerca do cliente aumenta, ele pode também apontar relações entre formas particulares de comportamento e conseqüências particulares. Ele pode sugerir respostas que tenham probabilidade de serem positivamente reforçadas. Ele também pode sugerir esquemas ou rotinas que alterem a exposição do cliente a situações aversivas. Esses esquemas, adotados primeiramente por causa do controle verbal do terapeuta, posteriormente produzem outras fontes de controle, caso seus efeitos sobre a condição do paciente sejam positivamente reforçadores.

Na terapia, o terapeuta funciona como a comunidade verbal do cliente, ele é seu ambiente verbal que estabelece contingências que levam ao seu auto-conhecimento. Como comunidade verbal, o terapeuta gera comportamentos auto-descritivos, reforçando apropriadamente respostas do cliente. A partir do relato do cliente, o

terapeuta pode inferir ou levantar hipóteses sobre as contingências em operação, e conseqüentemente levar o cliente a discriminar essas conseqüências e testar seu funcionamento.

A intervenção terapêutica de orientação comportamental nos transtornos ansiosos se inicia com a avaliação inicial da condição trazida pelo cliente, com o intuito de realizar a análise funcional dos comportamentos queixas. Nesta avaliação são levantadas todas as respostas consideradas disfuncionais que o cliente apresenta, as situações em que elas ocorrem, os recursos biológicos e o repertório comportamental do cliente, além de uma descrição de sua história de vida. Com base nesses dados, o terapeuta realiza a análise funcional, que consiste na identificação e no estabelecimento das relações entre o comportamento alvo e outros comportamentos e entre as variáveis ambientais e os comportamentos do cliente. O terapeuta e o cliente discutem os resultados dessa análise e a partir daí, os dois em conjunto estabelecem as metas da intervenção. As técnicas a serem utilizadas na intervenção são selecionadas de acordo com a história de condicionamento de cada pessoa, a topografia da resposta-queixa e as contingências mantenedoras.

De uma maneira geral e didática, os passos da intervenção comportamental em transtornos ansiosos começam com o que se chama “reeducação”, onde o cliente é informado sobre qual é o transtorno que ele apresenta, como se desenvolve, quais suas funções e conseqüências (Rangé, 1995). A seguir é desenvolvida uma hierarquia de situações ansiogênicas, juntamente com o cliente, na qual ele estabelece uma lista desde os eventos com menor grau eliciador de ansiedade ao de maior grau. O cliente é orientado a gradualmente expor-se àquelas situações e observar o que acontece em seu ambiente físico, social e orgânico. Em seguida, o cliente é instruído a realizar um diário

de ocorrências de respostas ansiosas, registrando as situações em que ocorrem e os efeitos sobre o ambiente. O cliente recebe orientações para apresentar respostas incompatíveis com as respostas de ansiedade nas ocasiões eliciadoras de ansiedade e a observar as conseqüências destas respostas.

Na intervenção terapêutica de orientação comportamental o terapeuta tem uma participação ativa, desde a avaliação inicial até a escolha das técnicas terapêuticas, mas o comportamento verbal dos clientes não costuma ser estudado. Todas as tarefas, embora utilizando o relato verbal (escrito ou oral) do paciente, não estão direcionadas ao treino em habilidades verbais, nem tal aspecto faz parte da avaliação da queixa, mesmo sendo a intervenção terapêutica eminentemente uma interação verbal entre o terapeuta e seu cliente.

Atualmente existem inúmeras formas de intervenção visando a solução de dificuldades nos transtornos mentais que não são apenas sintomáticas, limitadas a uma modificação em padrões de respostas por meio da utilização de técnicas de modificação de comportamento, mas que permitem a readaptação social e, em vários quadros, resultam em remissão prolongada dos sintomas incapacitantes. Esses recursos porém, apesar de eficientes, apresentam um nível de eficácia apenas relativo quando são levados em conta os problemas sócio-ambientais e culturais, condicionantes dos quadros psicológicos e que fazem parte do transtorno como um todo, o que pode dificultar bastante uma alteração no ambiente favorecedor dos transtornos.

Capítulo V – Outros desenvolvimentos em Terapia Comportamental

Modelo Construcional de Goldiamond

No modelo descrito por Goldiamond (1974/2002) observa-se a importância de ultrapassar a descrição dos três termos para a previsão e controle do comportamento tratado na prática clínica. A orientação proposta foi denominada “construcional”, definida como uma orientação cuja solução de problemas é uma construção de repertórios ao invés da eliminação de outros repertórios.

Segundo Goldiamond (1974/2002), as abordagens dominantes focalizam-se no alívio ou na eliminação da perturbação que ocasionou a busca por ajuda psicológica. O foco da abordagem construcional é na produção de comportamentos desejáveis por meios que diretamente aumentam as opções disponíveis ou ampliam repertórios sociais, em vez de fazer isto indiretamente como um sub-produto de um procedimento eliminador.

As diferenças observadas nos resultados podem ser consideradas em quatro elementos de um programa, previamente definidos: 1) resultados ou metas; 2) repertórios atuais relevantes; 3) seqüência dos procedimentos de mudança; e 4) conseqüências mantenedoras.

Segundo Goldiamond (1974/2002), em um contexto onde a solução requer o estabelecimento de repertórios, uma abordagem eliminadora apresenta problemas na medida em que o conjunto de elementos que não estão relacionados com o problema alvo é geralmente mais extenso do que o conjunto de elementos que estão relacionados com o problema. A conseqüência deste fato é a demora no ritmo de desenvolvimento dos procedimentos de intervenção e das formulações relevantes para obter satisfação.

O profissional de ajuda, segundo Goldiamond (1974/2002), deve ajudar o paciente a analisar as contingências relevantes do que está indo bem em sua vida, pelo fato de que quando as coisas são descritas como indo bem, certas contingências de

reforçamento dessa classe de comportamentos positivos estão em vigor. Dessa forma o comportamento positivo não é deslocado e suas contingências não são desfeitas. Ele acredita que os profissionais realmente já fazem isso, mas não de forma sistematizada.

Segundo Goldiamond (1974/2002), o modelo construcional se destaca pelas diferenças encontradas nos resultados, nos pontos de partida e nas formulações diagnósticas. O modelo baseia-se na tradição operante-behaviorista, e está voltado para o desenvolvimento de procedimentos de validação com pacientes individuais em longo prazo. Pela mesma razão os procedimentos não são validados apenas ao final do programa, mas à medida que ocorrem, em termos de refinamento de relações. Goldiamond (1974/2002) ressalta que o modelo não é uma nova terapia para suplantiar outras, mas sim para tornar explícito o que acontece em psicoterapia. A opção é visualizar o trabalho profissional a partir de uma orientação construcional.

Goldiamond (1974/2002) considera a principal origem das exigências procedimentais e conceituais do modelo construcional as contribuições da instrução programada. Assim o terapeuta é visto como um consultor ou um guia. Derivada do laboratório experimental, a instrução programada tem servido para articular procedimentos usados para colocar o comportamento em algum nível passível de ser pesquisado. Entretanto, as abstrações programadas no laboratório são muito menos complexas do que as abstrações e tipos de controle que ocorrem fora do laboratório. Estes envolvem o uso da linguagem e outros repertórios socialmente estabelecidos que a instrução programada utiliza e dispõe.

Com raras exceções, o modelo de instrução programada, apesar de ter se mostrado útil em muitas áreas além do laboratório, não é explicitamente especificado nos programas clínicos em passos padronizados entre o repertório de entrada e os

repertórios alvo da maneira que a instrução programada faz. Segundo Goldiamond (1974/2002), embora os objetivos sejam conhecidos e a seqüência geral especificada, os procedimentos não são tão explícitos de forma que possam ser automatizados, e há considerável margem para variação dependendo de uma série de fatores, inclusive o resultado desejado.

Os quatro elementos básicos da instrução programada são comuns no modelo construcional e orientam os requerimentos do modelo. Goldiamond (1974/2002) apresenta da seguinte maneira os elementos: 1) Meta ou resultado, referindo-se ao repertório que o programa pretende estabelecer ou construir; 2) Comportamento de entrada, ou repertório relevante presente, referindo-se aos repertórios bem sucedidos que o indivíduo apresenta, sobre os quais o programa será construído e a partir do qual se dará o início do programa; 3) Seqüência de passos de mudança, cada passo sendo considerado um requerimento comportamental que difere do requerimento no passo precedente (modelagem) ou é idêntico ao requerimento precedente, porém sob diferente controle de estímulos (esmaecimento), ou ambos; e 4) Conseqüências de progressão-manutenção, onde a apresentação sucessiva dos passos sucessivos constitui a progressão em direção ao resultado, e tal apresentação (vista como um estímulo) ou tal progressão (vista comportamentalmente) pode ser considerada como uma conseqüência mantenedora para o avanço, fazendo com que o resultado do programa em si mesmo adquira uma função reforçadora.

Segundo Goldiamond (1974/2002), a aplicação do modelo construcional em contexto aplicado, como em clínica, envolve alguns instrumentos que obedecem a requerimentos constitucionais e éticos e que mostram explicitamente os repertórios sendo aplicados, a relação do paciente com os recursos disponíveis para eles, as

mudanças que são requeridas e as relações funcionais entre elas. O programa permite que o cliente obtenha insight sobre as contingências que governam seus repertórios, como modificar as contingências e como avaliá-las.

A entrevista inicial é dirigida por um questionário para obter dados sobre os quatro elementos descritos, com o objetivo central de certificar qual é o reforçador crítico, ou seja, o que o cliente quer. Após o questionário ser analisado é feita uma entrevista com o cliente para levantar a história de modelagem ou desenvolvimento dos operantes, no sentido de obter uma descrição de conseqüências reforçadoras não disponíveis de outra forma. Em seguida é estabelecido um contrato, também de forma escrita, onde são sugeridos os objetivos que o terapeuta poderia oferecer como possibilidades, que serão negociados com o cliente. O contrato enumera os resultados em direção dos quais o programa é direcionado. A intervenção se centra tipicamente em torno de registros mantidos pelo cliente e pelo terapeuta ou consultor. Estes registros variam de acordo com a natureza dos resultados. Semanalmente é preenchida uma “Folha de Programa Semanal”, durante a sessão pelo cliente e pelo consultor, onde estão listadas cada uma das metas para a semana seguinte, colocadas de forma construtiva. Na medida que os repertórios iniciais são discutidos, poderá haver modificações nos resultados, e a manutenção do registro é reforçada.

Finalmente, discussões sobre afetos ou emoções são feitas a partir do que é registrado na coluna “Comentários”, como relacionadas com contingências importantes que tenham sido omitidas. Qualquer registro nesta coluna que se reporta a um padrão particular de seus reforçadores imediatos requererá detalhada avaliação. Goldiamond (1974/2002) ressalta que uma análise das contingências de emoções não tenta eliminar estas emoções consideradas indesejáveis, perturbadoras ou angustiantes, mas sim

sensibilizar a pessoa para aquelas emoções de forma que elas possam ser utilizadas para analisar e controlar as contingências relevantes para a pessoa e conseqüentemente controlar aquelas emoções.

Segundo Goldiamond (1974/2002), os resultados e procedimentos derivados da aplicação da análise comportamental construcional aos problemas sociais têm mostrado que direções tomar. Para ele a análise do comportamento é uma orientação útil na análise de problemas complexos, assim como se provou útil com respeito aos problemas mais simples com os quais ela teve os primeiros contatos, na medida em que contribui com a precisão e explicitação.

Segundo Gimenes, Laying, e Andronis (2003), o modelo construcional vai além da contingência de três termos proposta pela análise experimental do comportamento na medida em que propõe não uma análise “linear”, mas sim uma análise em termos de matrizes de contingências e alternativas disponíveis. Segundo Gimenes e cols. (2003), contingências concorrentes definem os sérios problemas sociais e comportamentais. No modelo construcional, os problemas são colocados diretamente no contexto de seus conjuntos alternativos de relações de contingência, para tratar as relações entre-contingências controladoras envolvidas.

Matrizes complexas de contingência expressam relações entre variáveis contingenciais explícitas e manipuláveis que agem em consonância ao longo do tempo. A análise se dá sobre as relações entre-contingências em lugar de variáveis intra-contingências (estímulos instrucionais ou regras, esquemas de reforço, variáveis motivacionais, etc.). O cliente alcança “insight” quando começa a descrever a matriz de relações que define seu mundo.

Para Gimenes e cols. (2003) o modelo construcional oferece uma visão molecular das relações entre comportamento e contingências, que conduz para um produto molar na matriz de relações, disseca o fluxo comportamental em termos de matrizes parciais formalmente definidas, e explica simultaneamente contingências concorrentes e a interação dinâmica entre suas variáveis definidoras no transcorrer do tempo.

Segundo Goldiamond (1974/2002), vários sistemas sociais devem ser examinados por estarem envolvidos nas diversas relações de contingências cujas alternativas suplementam a matriz de comportamentos de interesse social. Entre estes se encontra o sistema social referente, pais e comunidade, os quais juntos com o cliente interagem para manter os padrões para cada um. Segundo Goldiamond (1974/2002), há uma distinção entre modificar o comportamento e modificar o repertório. Trabalhar com o cliente para mudar seu repertório requer uma análise de contingência: o cliente tenta analisar o que o sistema tem ou pode produzir, analisando seus reforçadores produzidos socialmente e que tem sido recusados. O cliente aprende como mudar as relações entre ele próprio e o sistema referente. Em um programa bem sucedido, ocorrem mudanças em ambos, em direções que satisfazem a ambos.

FAP – Functional Analytic Psychotherapy

Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2006), a psicoterapia analítica funcional é um tipo de terapia comportamental que difere das técnicas tradicionais no que tange às expectativas dos clientes, pois se centra na relação entre o terapeuta e seu cliente, na qual está a explicação para as mudanças nos clientes. Seu eixo é a análise funcional do ambiente psicoterapêutico típico fundamentada no behaviorismo radical de Skinner.

Segundo Kohleberg e Tsai (1991/2006), a FAP emprega a análise funcional do comportamento verbal de Skinner e de Hayes, enfatizando o reforçamento natural e modelagem direta no ambiente terapêutico. Segundo Kohleberg e Tsai (1991/2006), a FAP considera que os problemas que os clientes têm em sua vida diária ocorrem ou podem ocorrer na relação terapêutica, se houver similaridade funcional entre o ambiente natural do cliente e o ambiente terapêutico. Assim, o contexto clínico poderia conter classes de estímulos discriminativos ou eliciadores de importantes amostras comportamentais do cliente, mais amplas, relacionadas aos problemas, muitos deles comportamentos de esquiva desadaptativos e seus correlatos emocionais, gerados basicamente por exposição a contingências aversivas e acesso a poucas fontes de reforçamento positivo.

De acordo com Kohleberg e Tsai (1991/2006), a análise do comportamento é caracterizada por sua atenção à especificação dos comportamentos de interesse. O termo “comportamento clinicamente relevante” (CRB) inclui tanto os comportamentos problema quanto os comportamentos finais desejáveis. Kohleberg e Tsai (1991/2006) sugerem que os comportamentos dos clientes podem ser agrupados nos seguintes tópicos: CRB1, que são instâncias do comportamento que acontecem durante a sessão terapêutica e são ocorrências do problema clínico; CRB2, são repertórios cuja ausência ou pouca força estão diretamente relacionados com o problema presente; CRB3, são repertórios verbais do cliente que correspondem a seus próprios CRB e às variáveis controladoras.

Uma vez que o ambiente terapêutico pode evocar ou eliciar respostas clinicamente relevantes do cliente, as reações do terapeuta às mesmas podem afetá-las, favorecendo tanto a auto-observação das mesmas por parte do cliente, como a promoção

das mudanças terapeuticamente desejáveis, no momento em que tais comportamentos ocorrem.

Para exercer a psicoterapia nesse processo interacional e complexo, Kohleberg e Tsai (1991/2006) propõem cinco regras para orientar o terapeuta: 1) observar os comportamentos clinicamente relevantes, que podem ocasionar fortes reações emocionais no terapeuta, apresentando portanto uma consequência para o comportamento; 2) evocar os comportamentos clinicamente relevantes; 3) reforçar a ocorrência de comportamentos clinicamente relevantes; 4) observar os efeitos do reforçamento pelo terapeuta em relação aos comportamentos clinicamente relevantes do cliente; e 5) interpretar junto com o cliente as variáveis que afetam o comportamento do cliente, com o intuito de gerar regras mais eficazes.

Para que isto ocorra, a relação terapêutica deve ser transparente com o cliente e minimamente aversiva, para que o contexto terapêutico funcione como estabelecedor para a apresentação, por parte do cliente, de operantes e respondentes que fazem parte das classes socialmente punidas ou passíveis de punição, na sua interação com o terapeuta. Ao mesmo tempo, tal contexto favoreceria a aceitação pelo cliente das explicações, instruções e interpretações do terapeuta, para que se proponha a aumentar sua tolerância a emoções aversivas, através da exposição e enfrentamento. Em consequência, o cliente poderia apresentar novos operantes e respondentes no ambiente externo ao terapêutico e colocar-se mais sob o controle de reforçamento positivo.

Kohleberg e Tsai (1991/2006) destacam que todo evento verbal em que o cliente se engaja na sessão é um operante ao qual o terapeuta deve estar atento. Como muitos clientes têm déficits em assertividade, o que eles falam na sessão pode ser examinado como mandos. Da mesma forma os clientes podem emitir atos sobre o que

consideram comportamento razoável em seus relacionamentos, inclusive o terapêutico. É tarefa do terapeuta discriminar estas respostas ineficazes e indiretas e modelar habilidades interpessoais mais efetivas no decorrer das sessões.

ACT – Acceptance and Commitment Therapy

Hayes e Wilson (1994) elaboraram um procedimento denominado Terapia de Aceitação e de Compromisso, que segundo eles é um tratamento cognitivo comportamental filosoficamente baseado no contextualismo funcional e teoricamente baseado na contemporânea teoria da aprendizagem. De base behaviorista radical, objetiva lidar com a esquiva das emoções e seus correlatos, bem como dos pensamentos desagradáveis, ao mesmo tempo em que busca, através da quebra dos controles sócio-verbais existentes, uma recontextualização destes, além de estabelecer um repertório de assumir e manter compromissos com as mudanças comportamentais.

Segundo Hayes, Masuda e de Mey (in press), a ACT representa, entre outras, um desenvolvimento que emergiu a partir das tradições behavioristas e cognitivas, que filosoficamente são mais contextuais do que mecanicistas. O contextualismo funcional, no qual se baseia a ACT, é uma variação do pragmatismo cuja unidade analítica é o “*ato contínuo em contexto*” (p.3). A ACT conceitua os eventos psicológicos como um conjunto de ações contínuas de um organismo íntegro interagindo com contextos definidos historicamente e situacionalmente.

A teoria básica subjacente a ACT é a Relational Frame Theory – RFT (Teoria dos Quadros Relacionais), segundo a qual relações de estímulos arbitrariamente aplicadas são a essência da cognição humana. A transferência de função entre estímulos é especialmente relevante para os problemas clínicos. O que torna os quadros

relacionais clinicamente relevantes é que as funções dadas a um membro de um conjunto de eventos relacionados tendem a se transferir para outros membros. Tais processos não se baseiam nos processos simples e familiares de generalização de estímulos, e sim em meios bastante indiretos, nos quais as atividades verbais estão implicadas. Relações de estímulos derivadas seriam extremamente difíceis de serem destruídas. Uma vez que relações verbais são derivadas, elas parecem perpetuar-se indefinidamente.

De acordo com a RFT, a linguagem humana e a cognição são dependentes de quadros relacionais. Pensar, raciocinar, falar com significado ou ouvir com compreensão são atividades que ocorrem por meio de relações derivadas entre eventos, entre palavras e eventos, palavras e palavras, eventos e eventos. Por causa da vinculação mútua dos quadros relacionais, quando um humano interage verbalmente com seu próprio comportamento, o significado psicológico do símbolo verbal e do próprio comportamento pode mudar. É esta propriedade bidirecional que torna útil a autoconsciência humana. (Hayes & cols., in press).

A natureza bidirecional da cognição humana pode trazer para o presente reações emocionais e psicológicas de eventos dolorosos anteriores. Um organismo não humano tentando se esquivar da dor pode evitar a situação na qual ela ocorre. Um humano não pode porque a linguagem permite que a dor ocorra em quase todas as situações por meio das relações derivadas. Em auto defesa, os humanos tentam evitar os pensamentos e sentimentos dolorosos, o que, em longo prazo, pode ser extremamente destrutivo (Hayes & cols., in press).

Ao contrário de tentar mudar todas as fontes internas ou externas das perturbações pessoais, a ACT tenta ajudar o cliente a distinguir verbalmente entre as

situações nas quais mudanças de primeira ordem são desejáveis ou possíveis e situações nas quais a aceitação psicológica é uma estratégia mais viável (Strosahl, Hayes, Beran & Romano, 1998). A aprendizagem relacional gradualmente domina todas as fontes de regulação comportamental fazendo com que o indivíduo se torne menos consciente acerca das experiências do aqui-e-agora e mais dominado por regras verbais (Hayes & cols., in press).

Para a ACT, sentimentos e pensamentos exercem controle sobre nossas ações em função da literalidade da linguagem, que por sua vez, estabelece os chamados quadros relacionais, e do qual, o ponto de partida é a existência do contexto e das interações sócio-verbais nele produzidas (Torres, 2000). Segundo Hayes e Wilson (1994) existem três grandes contextos responsáveis pelo surgimento e a manutenção das dificuldades: a) Contexto da literalidade, no qual as pessoas aprendem a reagir ao significado literal da palavra e não ao que ela pode representar; b) Contexto de dar razões, no qual aprendemos que sentimentos e pensamentos são causas válidas do comportamento aberto; e c) Contexto do controle, no qual aprendemos a controlar sentimentos e emoções negativas.

Na ACT o cliente é encorajado a aceitar as experiências negativas como inevitáveis, das quais não adianta esforçar-se para fugir, e a focalizar-se em ação comprometida direcionada a valores e finalidades para sua vida. São ensinadas ao cliente habilidades como conscientização e outras, que aumentam o sentido de distinção entre a história de dificuldade e reações que a pessoa tem e a pessoa em si mesma como um ser humano consciente. Finalmente, ensina-se ao cliente a desliteralizar as cognições de forma que as formulações e avaliações verbais privadas passam a ser vistas como um

processo de eventos relacionados, não uma substituição de um evento por outro (Strosahl & cols, 1998).

Segundo Hayes, Luoma, Bond, Masua e Lillis (2006), a ACT é incomum na medida em que está relacionada a um programa de pesquisa básica abrangente e ativa sobre a natureza da linguagem humana e cognição, que é a RFT. Esta teoria desenvolveu-se sob a influência da era inicial da terapia comportamental, na qual os tratamentos clínicos se baseavam conscientemente em princípios comportamentais básicos. Os autores afirmam que a ACT funciona por meio de processos distintos dos tratamentos ativos, incluindo a tradicional Terapia Cognitivo-Comportamental.

Blackledge e Hayes (2001) afirmam que a Terapia de Aceitação e Compromisso oferece uma alternativa para as psicoterapias tradicionais que procuram regular o afeto. A ACT baseia-se na premissa de que os processos cognitivos normais distorcem e fortalecem a experiência com emoções desagradáveis, levando os clientes a se engajar em comportamentos problemáticos com o intuito de se esquivar ou atenuar aquelas sensações desagradáveis. Tais padrões de comportamento de esquiva podem impedir os movimentos do cliente em direção a objetivos de valor e colocar o cliente em situações perigosas.

Ao contrário de tentar mudar cognições ou diminuir níveis de emoções, a ACT envolve o cliente diretamente na experiência com as emoções problemáticas em um contexto onde são desmontadas as funções literais da linguagem que fortalecem as implicações negativas daquelas emoções. O foco durante todo o tratamento é facilitar o movimento do cliente em direção a uma vida com maior valor e satisfações pessoais, em um contexto no qual as emoções que anteriormente eram dificuldades não mais o sejam.

De acordo com Hayes e Wilson (1994), o importante na ACT é fazer algo consistente com relação aos eventos privados indesejáveis, ao invés de tentar se livrar deles. O cerne das intervenções na ACT é que processos verbais/cognitivos são controlados pelo contexto, assim tentativas diretas de mudança cognitiva são inúteis e as abordagens contextuais podem fazer com que a tentativa de mudança direta desses eventos privados seja desnecessária.

Torres (2000) apresentou um panorama de como a intervenção através da ACT se desenvolve. Segundo a autora, a ACT se dá em etapas, nas quais o terapeuta leva o cliente a se confrontar com os problemas existentes, descrever os eventos privados que criam e mantêm a esquiva, aceitar suas emoções negativas, estabelecer valores para sua vida, tomar decisões, modelar repertórios comportamentais alternativos à esquiva por meio de instruções e finalmente comprometer-se com as decisões tomadas.

É importante ressaltar que teorizar nesse nível envolve suposições de difícil comprovação e refutação, como afirmar que eventos privados estejam criando e mantendo a esquiva. Estabelecer valores e comprometer-se com as decisões tomadas também pressupõem relações entre verbal e não verbal que estão em níveis complexos, a serem esclarecidos. Aceitar emoções negativas, por seu turno, é um conceito estranho à análise do comportamento, carecendo de definição funcional em termos de processos comportamentais estabelecidos.

Capítulo VI – Outros modelos de terapia de transtornos ansiosos

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, a partir de seu livro “Cognitive therapy and the emotional disorders”, de 1976, no qual ele sugeria que para qualificar-se como um sistema um ramo particular da psicoterapia teria que estar

baseada em uma teoria de psicopatologia, além de possuir um corpo de conhecimento e descobertas empíricas que sustentassem a teoria, assim como fornecer descobertas fidedignas baseadas em resultados e outros estudos para demonstrar sua efetividade (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982)

Segundo Rangé (1995), a Terapia Cognitiva baseia-se no modelo segundo o qual sentimentos e comportamentos são determinados pela maneira como o indivíduo estrutura seu mundo e supõe que a origem de toda ação humana encontra-se na consciência, apresentando, nessa teoria da causação interna, uma diferença metodológica e conceitual com relação à terapia comportamental. Em seu modelo teórico, a terapia cognitiva utiliza o conceito de *esquema* para explicar a regulação do comportamento humano. Uma variedade de procedimentos clínicos caracteriza a terapia cognitiva, tais como introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem visando melhorar a discriminação do indivíduo e corrigir concepções errôneas que embasam seus comportamentos e sentimentos.

A terapia cognitiva utiliza o método socrático, por acontecer através do questionamento intenso que o terapeuta faz para o cliente para identificar pensamentos automáticos que sustentam seu comportamento inadequado e é também indutiva, à medida que usa as evidências dos dados como instrumento de avaliação das hipóteses. Segundo Rangé (1995) a terapia cognitiva é orientada para o problema, estruturada e diretiva, baseia-se em um modelo educacional e utiliza o chamado *trabalho de casa* para aproveitar o tempo fora das sessões para orientar as experiências do cliente.

O papel do terapeuta consiste em ajudar o cliente a perceber suas cognições e como estas mediam seus sentimentos e seu comportamento (Dobson & Franche, 1996). A atenção é centrada nos processos cognitivos, no entanto grande importância também é

dada aos aspectos comportamentais e biológicos. O modelo enfatiza a capacidade pessoal do indivíduo de perceber de uma maneira negativa seu ambiente, criando assim a perturbação emocional. Uma vez que ocorram os pensamentos negativos específicos, que surgem da interação entre atitudes e acontecimentos, os comportamentos tornam-se previsíveis. Assim, quando um indivíduo pensa em si como um perdedor é natural que ele fique triste, ou ainda, se acredita que não tem forças para mudar sua vida, seu comportamento mostrará uma tendência à inatividade (Dobson & Franche, 1996). Há que se atentar que esse modelo teórico cognitivo está imbuído de interpretações baseadas no contexto sócio-cultural onde se desenvolveu, no qual prevalecia e ainda prevalece o individualismo e onde o ambiente sócio-cultural é subestimado.

A teoria cognitiva supõe que as reações emocionais (raiva, tristeza, ansiedade) são determinadas pelas avaliações que o cliente faz de seu ambiente (Beck, 1991). O enfoque da terapia cognitiva se baseia na idéia de que pensamentos geram sentimentos e comportamentos que constituem a queixa do cliente. A conscientização de que essas avaliações são incorretas pelo cliente é crucial para a correção das distorções cognitivas que ocorrem como consequência. A análise dos pensamentos disfuncionais permite que o cliente aprenda a manejá-los, sendo o passo seguinte a alteração das crenças que sustentam os sentimentos e comportamentos da queixa. As técnicas terapêuticas têm o objetivo de identificar e testar as concepções errôneas do cliente para que ele proceda à sua correção.

Em suas formulações iniciais sobre a teoria cognitiva, Beck (1991) explicava os transtornos de ansiedade como uma avaliação errônea que o indivíduo faz de uma situação como ameaçadora, dando origem a uma reação de emergência. Essa avaliação errônea indica que a situação produzirá efeitos dramáticos que o indivíduo acredita não

possuir recursos para administrar, gerando assim reações de ansiedade. As sensações fisiológicas que acompanham os estados ansiosos podem afetar a capacidade do cliente de manejar a situação, pois envolvem reações de defesa do organismo.

O conceito de vulnerabilidade é central na teoria cognitiva para explicar os transtornos de ansiedade (Beck e cols, 1982). Vulnerabilidade é entendida como a percepção que a pessoa tem de si mesma, quando submetida a ameaças, de que seus recursos para controlá-las são insuficientes para lhe garantir segurança. Assim, nos transtornos de ansiedade o senso de vulnerabilidade fica aumentado pela atuação de processos cognitivos disfuncionais.

O processo terapêutico do tratamento cognitivo da ansiedade envolve informação detalhada do modelo cognitivo de ansiedade, identificação, questionamento e reexame de pensamentos automáticos catastróficos. São aplicados procedimentos inibidores das reações fisiológicas, como o registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, exposição gradual a situações ansiogênicas com concomitante manejo da ansiedade através de técnicas de pensamento e, por fim, análise das condições da vida do cliente para encontrar a fonte dos conflitos (Rangé, 1995).

Utilizando o mesmo modelo teórico da Terapia Cognitiva, Ellis e Grieger, em 1977, em seu livro “Handbook of Rational-Emotive Therapy”, apresentam a Terapia Racional-Emotiva (RET) como parte do movimento chamado terapia comportamental-cognitiva, já que aplicava uma grande variedade de métodos usados na terapia comportamental (Ellis & Grieger, 1977). Segundo os autores, a RET baseia-se na idéia de que tanto as emoções como os comportamentos são produtos das crenças do indivíduo, da maneira como ele interpreta a sua realidade e sempre envolvem afirmações absolutas tais como, “devo” “tenho que”, os “pensamentos de auto-

exigência”. A meta, então, da Terapia racional-emotiva é ajudar o cliente a identificar seus pensamentos “irracionais” e substituí-los por outros “racionais” que lhe permitam conseguir reforçadores positivos.

A premissa da Terapia racional-emotiva é a de que a perturbação emocional é criada pelas interpretações das situações. O modelo tem como eixo a forma de pensar do indivíduo, a maneira como ele interpreta seu ambiente e suas circunstâncias, e as crenças que desenvolveu sobre si mesmo e sobre o mundo em geral. O acontecimento ativador do ambiente externo não produz diretamente as conseqüências emocionais ou comportamentais que são um produto da interpretação dada aos acontecimentos e das crenças sobre tal situação. As interpretações e as crenças errôneas ou irracionais dificultariam o funcionamento eficaz do indivíduo. Para substituir uma crença irracional por outra racional é utilizado o método da *refutação*, por meio do qual se questionam hipóteses e teorias pré-estabelecidas para determinar sua validação empírica (Lega, 1996).

A teoria racional-emotiva da ansiedade reconhece que o fator gerador dos distúrbios psicológicos é a tendência do ser humano para perceber seletivamente sua realidade de uma maneira rígida e hermética. Essas cognições, se irracionais, levam ao desenvolvimento de distúrbios comportamentais e se tornam bloqueadoras do desenvolvimento de objetivos, ao criarem expectativas desvinculadas das possibilidades, gerando a dicotomia entre o que se espera e o que se consegue (Campos, 1995).

Segundo a teoria racional-emotiva, cognições, emoções e comportamentos irracionais indicam a presença de distúrbios psicológicos sendo que as cognições

representam um papel especial nos processos psicológicos e assumem alta significância na escolha das respostas ao ambiente.

A terapia racional-emotiva tem como objetivo a distinção entre os pensamentos racionais e irracionais e a mudança destes últimos que levarão a mudanças no comportamento. O reconhecimento da existência de limites humanos é o ponto central do processo terapêutico e o critério de direcionamento da intervenção.

Além dos sistemas teóricos citados anteriormente, que embasam a prática de muitos terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais, a seguir apresentamos um procedimento embasado na Análise do Comportamento, desenvolvido por Carolina Bori e seus colaboradores, nas décadas de setenta e oitenta do século XX, para solucionar problemas em situações de ensino utilizando o relato verbal dos participantes para atingir os objetivos desejados. De nosso ponto de vista esse procedimento poderia ser adaptado ao contexto clínico, para solução de dificuldades de clientes.

Embora tenha havido um esforço para localizar todos os trabalhos utilizando este procedimento, muitos não chegaram ao conhecimento da autora, que apresenta suas desculpas pelas eventuais omissões.

Capítulo VII – O procedimento de coleta e análise de conteúdo verbal

Bori, Botomé, de Rose e Tunes (1978) desenvolveram um procedimento de coleta e análise de relatos verbais que se mostrou útil para o acesso e transformação de processos subjetivos dos participantes da pesquisa (Tunes & Simão, 1998). Esse procedimento deu início a uma série de pesquisas com relatos verbais, sempre relacionados à situação ensino-aprendizagem e à interação professor-aluno. O procedimento envolvia o registro do comportamento verbal dos sujeitos durante a

interação com o pesquisador e posterior cotejamento, análise e sistematização dos relatos, compondo um quadro de referência de acordo com o conteúdo. Esse material era “devolvido”, isto é, reapresentado aos sujeitos na sessão seguinte, para que fosse completado, corrigido ou modificado por eles. Assim, para prosseguir com seu relato, na sessão subsequente, o sujeito contava com a reapresentação de seu relato, sistematizado na forma de categorias, feito na sessão antecedente. Este procedimento tornou possível caracterizar o problema e a proposição de soluções nos diversos estudos que o utilizaram (por exemplo, Tunes, 1984, Simão, 1992, Tunes & Simão, 1998.)

Simão (1992), aplicando a mesma metodologia, em um estudo sobre a construção de conhecimento na interação pesquisador-sujeito, obteve um sistema de quatro categorias funcionais de interação, nas quais o conteúdo do comportamento verbal do sujeito foi classificado em ordem crescente de complexidade. A primeira categoria incluía as interações verbais nas quais o pesquisador e sujeito fornecem informações ou descrições acerca do fenômeno tema. A segunda categoria era constituída por interações verbais nas quais o pesquisador fornece instruções ou esclarece dúvidas do sujeito no sentido de ampliar relatos sobre o fenômeno-tema. A categoria três é definida por interações que denotam significado, inferências ou qualquer tipo de avaliação sobre o fenômeno-tema. A última categoria é constituída por interações verbais que denotam explicações ou proposições acerca do fenômeno-tema.

No estudo acima, a autora utilizou o conceito de “ações verbais” para referir-se às verbalizações em uma interação social contendo intencionalidade e planejamento em direção a um objetivo. Os resultados demonstraram que houve alterações nas inferências que o sujeito emitiu e que tais inferências envolviam o estabelecimento de relações generalizantes entre classes de eventos do fenômeno-tema. Ao longo de sucessivas

interações, as ações verbais do sujeito e do pesquisador levaram à construção de conhecimento exposto nas alterações cognitivas observadas no que era relatado pelo sujeito. Segundo a autora, a construção do conhecimento acerca do fenômeno-tema estudado, se deu desde a coleta dos dados e se consumou na etapa de tratamento e análise dos dados feita pelo pesquisador.

Para Tunes e Simão (1998) o relato verbal é um meio válido na pesquisa psicológica para se estudar processos subjetivos, sendo ele próprio parte da pesquisa. Segundo as autoras, na pesquisa, o sujeito pode ser conceituado melhor, não como o observador de si mesmo, mas como selecionador daquilo que, na sua realidade, ele recorta e relata. O pesquisador deve organizar, através de inferências, o conteúdo das falas do sujeito, atribuindo-lhes significado, de forma a estabelecer condições para o surgimento de novos relatos, que são alterações do fenômeno consciente. Nessa medida, o próprio relato verbal é utilizado pelo pesquisador para planejar o prosseguimento da pesquisa. A ação do pesquisador ao planejar a pesquisa, é orientada para uma meta, ou seja, ele sabe o que deve perguntar e por que. Para as autoras o estudo do fenômeno psicológico é um processo gradual na medida em que sua emergência e desenvolvimento são intencionalmente provocados pela ação do pesquisador.

O exame das inferências relatadas pelo sujeito evidenciou que ocorreu uma ampliação da comunicação de informação até chegar a proposições gerais ou definições de ações práticas sobre o fenômeno-tema, ou seja, sua solução.

Os estudos com base nesse procedimento objetivavam alterações cognitivas que levassem a solução de dificuldades por meio da alteração do relato verbal. É semelhante aos procedimentos verbais utilizados em clínica, que colocam comportamentos não verbais sob controle de comportamento verbal. Dessa forma, deve ser útil para a prática

clínica, tanto no que diz respeito ao conhecimento do comportamento – fenômeno-tema – quanto na produção da mudança necessária – proposições de ações práticas.

Capítulo VIII – Método Clínico e Psicologia Clínica

A terapia comportamental desenvolveu-se rapidamente a partir do momento em que uma corrente da psicologia clínica assumiu a responsabilidade de responder às insatisfações com a corrente dinâmica predominante até a década de 60, deixando de lado as especulações filosóficas em favor da metodologia científico-experimental. Sem os rigores do assim chamado “Método clínico”, a terapia comportamental se estabeleceu como um respeitável método de tratamento, que se baseia na aprendizagem, na preocupação com a metodologia e na especificação de relações funcionais.

O método clínico é uma modalidade de investigação dos processos psíquicos, que diz respeito à observação que se faz “à cabeceira do doente” (Aguiar, 2001). Tal observação é interessada na medida que coloca questões e é também sistemática, uma vez que formula hipóteses e tenta verificá-las segundo certas regras.

Em psicologia constatamos uma certa dualidade metodológica, que está relacionada com a utilização do método clínico *versus* método experimental. Na sua origem, o termo “clínica” supõe a presença de um sujeito passivo - “doente” - involuntariamente impotente. A moderna medicina desenvolveu-se com base na Anatomia Patológica – estudo dos cadáveres – empírica e descritiva, que prescinde do discurso do paciente. O modelo médico é organicista (trata de lesão anatômica, doença do órgão físico), característica esta que, no século XIX, fez gerar dois tipos de doenças: de um lado doenças que apresentavam uma sintomatologia regular e lesões orgânicas

passíveis de identificação pela anatomia patológica; do outro, as neuroses, perturbações sem lesão e que não apresentavam regularidade.

A observação de que havia perturbações no organismo que não tinham etiologia orgânica, fez o resgate do psicológico no interior da medicina moderna e, neste movimento de recuperação do psíquico, se inscreveu a psicologia clínica. O termo “clínica” em psicologia caracteriza a utilização de procedimentos próprios, não médicos (Aguiar, 2001).

O termo “clínica” foi primeiramente empregado por Witmer, em 1896, ao fundar na Universidade da Pensilvânia, uma “clínica psicológica”. Nesta mesma época (entre 1897 e 1901), na França, Janet empregava a expressão, para distinguir-se de psicanálise. No entanto, o método psicanalítico busca interpretar os sintomas através de escuta do inconsciente e não através da observação direta do paciente. Segundo Aguiar (2001), o termo “clínica” não se aplica à psicanálise, pois esta não envolve observação, criando um afastamento entre a psicologia clínica e a psicanálise.

Desde a década de 60 existe na psicologia clínica uma tendência que coloca em questão a existência de um método clínico na psicologia e reivindica o ecletismo metodológico em psicoterapia, ampliando os procedimentos para além daqueles com base experimental na clínica psicológica. O ecletismo metodológico se explica pelo fato de que o método clínico pressupõe duas dimensões paradigmáticas e próprias da psicologia clínica: a singularidade do sujeito e, conseqüentemente, a idéia de uma contemporaneidade entre pesquisa e tratamento (Aguiar, 2001).

Segundo Aguiar (2001), na década de 60, a psicoterapia se distinguia por duas fontes: a primeira vinculada à psicologia experimental, embasada na cientificidade

tradicional, enquadrando o laboratório para servir ao rigor e ao domínio das variáveis; a segunda, a “corrente dinâmica”, numa perspectiva continuísta à psicanálise.

Ainda segundo Aguiar (2001), a psicologia clínica seria resultado da confluência entre a Filosofia e a Medicina (rigorosa pelo lado da medicina e humanista pelo lado da filosofia). O princípio da psicologia clínica, entretanto, seria a singularidade do sujeito - diferente da medicina, da psicologia experimental e da psicanálise. A unidade de estudo da psicologia clínica seria o homem concreto e completo, caracterizando-se pela investigação sistemática e exaustiva de casos individuais. O exame desses casos individuais diz respeito em geral à observação das reações verbais e afetivas do sujeito (Aguiar, 2001).

O termo “*método clínico*” abrange o procedimento de observação direta e minuciosa, na entrevista ou em situações experimentais definidas (situações de teste). O método clínico viabiliza a aplicação do saber psicológico no nível do diagnóstico e da intervenção (incluindo a entrevista diagnóstica, os testes, a observação, a análise do comportamento, a análise psicodinâmica e os métodos biológicos) e a utilização de diversas técnicas terapêuticas para resolver problemas e distúrbios do paciente. O método clínico permite flexibilidade, na medida que o clínico relaciona informações, usando habilidades, intuições e conhecimento teórico ao fazer previsões sobre um evento de uma maneira idiossincrática (Aguiar, 2001).

O método clínico, por outro lado, não permite generalização dos dados, tornando a análise subjetiva e informal na maioria das vezes. Este fato levanta a questão sobre as condições através das quais o clínico pode fazer observações e inferências fidedignas e válidas, assim como a utilidade dos dados sob estudo. O método clínico é um modo de coleta e análise de dados informal e pouco estruturado que denota os julgamentos, as

inferências, observações e práticas de clínicos (Western & Weinberger, 2004). Assim, utiliza crenças e julgamentos baseados em observações informais, algumas vezes discutidos em grupo (estudo de caso). O método clínico denota uma habilidade especial para fazer julgamentos, interpretações, pois não se baseia em dados objetivamente coletados.

A terapia comportamental, tomando emprestado o modelo do laboratório possibilitaria ao terapeuta comportamental um arranjo concreto e direto do ambiente para coletar e trabalhar com os dados fornecidos pelo cliente na situação informal de entrevista. Esse modelo de manejo do ambiente também permitiria o uso de escalas e da observação para aprimorar a investigação clínica, da mesma maneira que permite que diversos procedimentos sejam empregados num arranjo que não é experimental, mas deriva-se de estudos experimentais, dos quais toma os métodos, procedimentos e conceitos.

Vista desta maneira a terapia comportamental se utiliza do método clínico, como a entrevista, a observação direta e procedimentos experimentais, como o uso de escalas, viabilizando a aplicação dos princípios teóricos que fundamentam sua prática. A terapia comportamental é interpretada como o reflexo de uma orientação geral de trabalho clínico que se alinha filosoficamente com uma abordagem experimental do estudo do comportamento humano (Goldfried & Davidson, 1973).

As pesquisas em terapia comportamental não permitem a total generalização dos dados, já que o sujeito é visto como único e as observações e inferências que o terapeuta faz não se baseiam em dados objetivamente coletados. Contudo, a teorização e a pesquisa em terapia comportamental requer rigorosos padrões de avaliação e o compromisso com uma extensão da análise experimental aos processos terapêuticos. Na

terapia comportamental o comportamento é determinado por leis e é função de condições especificáveis, conseqüentemente a interação clínica se constitui uma forma de experimento (Goldfried & Davidson, 1973).

No presente estudo, a terapia comportamental representada se faz pela extensão do condicionamento respondente e do condicionamento operante, podendo ser considerada de cunho behaviorista radical. Quando tomada em um sentido mais amplo, podem ser considerados os caminhos das terapias que foram citadas anteriormente, como o modelo construcional de Goldiamond, a ACT de Hayes e a FAP de Kohleberg e Tsai, assim como o ora denominado Método Bori. Essas abordagens são consideradas derivações da Terapia comportamental radical behaviorista e apresentam em comum o fato de se basearem nos fundamentos teóricos e filosóficos da análise do comportamento e aplicarem os princípios da aprendizagem em suas análises e intervenções, com desenvolvimentos específicos de acordo com os interesses de seus autores.

Seguindo os princípios do behaviorismo radical, a terapia comportamental sustenta-se em uma perspectiva monista, que não exclui variáveis orgânicas como determinantes do comportamento e na premissa básica de que todo comportamento é aprendido e explicado segundo os mesmos princípios, sendo que o julgamento entre o caráter desejável ou indesejável de comportamentos específicos, é de origem social. Com estas características definidoras, na avaliação e na intervenção, aspectos específicos do comportamento humano como sentimentos e emoções são levados em consideração, tanto quanto o comportamento verbal, aspectos motivacionais, expectativas e regras, que entram na análise como condições de estímulo ou como condições de resposta, dependendo da situação.

Como pressupõe o modelo construcional, a história de vida exerce importante papel no controle e na previsão dos comportamentos problema do cliente e é também examinada na terapia comportamental. Segundo o modelo, as contingências atuais são resultado de um contexto histórico e são explicadas pelo mesmo, contudo, tal história não pode ser modificada e sua contribuição se dá oferecendo indícios de quais contingências do presente devem ser modificadas para que se produza a mudança de comportamento desejada.

Na Terapia Analítica-Funcional, os princípios da aprendizagem são aplicados na análise dos processos responsáveis pelas mudanças terapêuticas, na própria relação terapêutica e avança na identificação de comportamentos clinicamente relevantes, no próprio contexto clínico, considerando a interação terapêutica um processo de modelagem tanto do comportamento do terapeuta quanto do cliente, através do reforçamento natural para assegurar que as mudanças ocorridas no ambiente terapêutico se generalizem para o ambiente natural.

Para Hayes e Wilson (1994), a mudança na forma de analisar as interações verbais na relação terapêutica implica em um avanço na área clínica e essa tendência reforça o rumo tomado pela Terapia Comportamental na situação face a face, inserida em um consultório clínico. De um modo geral, não implica em uma mudança teórica, mas sim em proposições de alterações nas intervenções aplicadas a problemas comuns na clínica psicológica com pacientes externos, não mais apenas limitadas aos casos mais graves quando do início da aplicação dos princípios da modificação do comportamento com pacientes institucionalizados.

O Método Bori (Bori & cols., 1978) tomou como base o estudo do comportamento verbal apresentado por Skinner (1957), considerando que o falar, sendo

relativo ao comportamento humano, deveria ser tratado pela ciência do comportamento e este tratamento deveria ser causal ou funcional. Importante para os autores do Método Bori é a formulação dada por Skinner ao significado das palavras, segundo a qual este não é propriedade do comportamento e sim das condições sob as quais o comportamento ocorre. A formulação dada por Skinner envolveria a descrição do comportamento em termos de sua topografia e a explicação em termos das condições em que ocorre. De acordo com a análise experimental do comportamento, o comportamento verbal seria a variável dependente e as variáveis independentes seriam os estímulos que alterariam a sua probabilidade de ocorrência (Tunes, 1984).

O que o método faz é modelagem, colocando respostas verbais sob controle de estímulos verbais. O objetivo é promover alterações cognitivas e solução de dificuldades apresentadas pelos participantes dos estudos, com base no método experimental, manipulando variáveis como o comportamento verbal do entrevistado e as contingências verbais arranjadas pelo pesquisador.

Esse método oferece uma possibilidade a ser investigada na prática aplicada a problemas clínicos, tanto na produção de conhecimento, por meio da identificação das variáveis das quais uma resposta é função, como na produção da mudança necessária, considerada uma solução de problema, alcançada mudando-se uma parte do comportamento ou da situação até que uma resposta de solução ocorra. Situações bastante presentes no contexto clínico.

Objetivos

A presente proposta de pesquisa abrange objetivos relacionados ao estudo de interações verbais em tempo real em ambiente clínico, durante terapia fundamentada

nos princípios da análise do comportamento. A proposta abrange a classificação do conteúdo verbal dos participantes e a manipulação do conteúdo verbal do sujeito (no caso, cliente) visando observar seu efeito sobre o comportamento relatado (a queixa clínica).

Sem deixar de lado o aspecto da intervenção terapêutica em um transtorno de comportamento, existe a expectativa de se alcançar um resultado terapêutico por meio da utilização de um procedimento não estritamente “clínico”, pois prescinde do modelo de diagnóstico e tratamento. O procedimento foi o desenvolvido por Bori e cols (1978) e aplicado em outros contextos que não o do atendimento clínico, constituindo-se em um instrumento que o terapeuta pode lançar mão para proceder à construção de conhecimento acerca de um fenômeno e para a proposição de solução para os problemas identificados.

Tomando como base os estudos realizados com o procedimento desenvolvido por Bori e cols. (1978) em que relatos verbais tornam-se, possivelmente, uma alternativa capaz de prover corrigibilidade e fidedignidade às inferências do pesquisador, no contexto da interação terapêutica, neste trabalho, será testada a utilidade daquele procedimento para alcançar a solução de problemas apresentados por pessoas diagnosticadas como portadores de transtornos de ansiedade, na interação pesquisador-terapeuta e participante-cliente.

Considerando que os estudos citados utilizam como referência o comportamento do próprio pesquisador na identificação, descrição e classificação do material verbal do sujeito em interações verbais livres e contínuas, este estudo se propõe a analisar os efeitos da reapresentação do material verbal, analisado e estruturado em categorias, de

adultos submetidos à terapia comportamental, sobre seu comportamento não verbal, no caso a própria queixa trazida para o atendimento.

Objetivo geral

Testar o procedimento de coleta e análise de conteúdos verbais, desenvolvido por Bori e cols. (1978), como técnica de intervenção terapêutica, com pacientes portadores de transtornos ansiosos. O referencial de comparação será o procedimento clínico padrão da terapia comportamental de cunho behaviorista radical.

Objetivos específicos

Explicitar classes de ações verbais de terapeutas comportamentais no trato de pacientes portadores de transtornos ansiosos;

Caracterizar classes de ações verbais de pacientes portadores de transtornos ansiosos;

Verificar os efeitos da devolução dos relatos categorizados a um falante sobre o comportamento relatado subseqüentemente, no contexto terapêutico; e

Identificar variáveis controladoras de alterações nos relatos verbais.

A seguir será descrita a aplicação de um estudo piloto realizado com duas participantes, contendo Método e Resultados, cujo objetivo era testar o procedimento, no sentido de definir as classes de ação verbal a serem utilizadas e analisadas no estudo principal. Em seguida será apresentado o estudo final com Método, Resultados e Discussão.

Aplicação Piloto

MÉTODO

Participantes

Participaram desta fase do estudo duas clientes da Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará selecionadas através das Fichas de Triagem, cuja hipótese diagnóstica apontava para ansiedade. Foram realizadas entrevistas com onze (11) pessoas, onde foram questionadas se concordavam em participar de uma pesquisa sobre metodologia de terapia. As participantes que aceitaram puderam escolher a qual método preferiam submeter-se e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de inclusão no estudo era presença de Transtorno de Ansiedade, de acordo com a classificação do DSM-IV (1995), com exceção do Transtorno Obsessivo-compulsivo.

Participante 1 (**P1**): sexo feminino, 20 anos de idade, possuindo educação média completa, apresentando sintomas de transtorno do pânico, foi submetida às etapas da terapia comportamental, a saber: avaliação inicial, análise funcional, estabelecimento de metas, escolha das técnicas e implementação dos procedimentos. Era atendida pela psiquiatra da Clínica de Psicologia e fazia uso de medicação.

Participante 2 (**P2**): do sexo feminino, 37 anos de idade, nível superior de escolaridade, apresentando “quadro de ansiedade”, foi submetida ao procedimento de transcrição, categorização e devolução dos relatos. Havia sido avaliada pela psiquiatra da Clínica de Psicologia a qual recomendou apenas terapia com psicólogo.

Terapeuta/Pesquisadora: formação em Psicologia, com mais de 20 anos de experiência em Análise do Comportamento, professora de ensino superior, supervisora

de Estágio em Psicologia Clínica na abordagem comportamental; autora do presente trabalho.

Ambiente

As entrevistas foram realizadas em uma sala de atendimento da Clínica de Psicologia da UFPA. A terapeuta ficava sentada frente a frente com a cliente do mesmo lado de uma mesa onde estava colocado um gravador portátil.

Instrumentos e Materiais

- Ficha de Triagem da Clínica de Psicologia da UFPA (Anexo 9). Trata-se de um roteiro de entrevista estruturado para a obtenção de informações preliminares sobre o cliente e sobre o motivo da procura pelo serviço de psicologia da UFPA.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Documento elaborado especificamente para esta pesquisa, com base nas normas do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos e no Código de Ética Profissional do Psicólogo, esclarecendo os objetivos e método da pesquisa, garantindo sigilo e a livre escolha do cliente, obtendo assim seu consentimento.
- Folhas de Registro com as categorizações dos relatos verbais. Tabelas contendo os relatos das participantes, classificados por conteúdo, apresentadas à Participante 3 na sessão seguinte.

Equipamentos

- Um gravador portátil e fitas cassete foram utilizados para registrar os diálogos.

Procedimento

As participantes receberam as informações, contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) de que se tratava de uma pesquisa para observar os efeitos de dois métodos de terapia sobre o conteúdo dos relatos verbais de pacientes com transtorno de ansiedade. Os dois métodos foram explicados e as participantes puderam escolher a qual deles submeter-se.

Foram realizadas 16 entrevistas semanais com a Participante **1** e 12 com a Participante **2**, totalizando 28 entrevistas que foram transcritas pela pesquisadora, que era a terapeuta nas duas condições metodológicas. O motivo do encerramento das entrevistas foi o abandono do atendimento pelas duas participantes. Para efeito do estudo piloto foram tratados os dados das cinco primeiras entrevistas com cada participante. A primeira entrevista iniciou com a pergunta: “*Quais os motivos que levaram você a procurar atendimento?*”

Os dados de **P1** foram tratados de acordo com as convenções da terapia comportamental direcionada para o transtorno de ansiedade, segundo as quais o terapeuta faz diversas perguntas ao cliente para obter informações acerca da condição comportamental que o fez procurar atendimento psicológico. Assim, foram solicitadas informações sobre o comportamento-queixa, descrições de respostas, condições em que ocorriam, efeitos sobre as pessoas do ambiente e outras, para possibilitar ao terapeuta fazer inferências acerca das relações controladoras entre os eventos ambientais e as respostas disfuncionais. Com estes dados, a terapeuta/pesquisadora realizou a análise funcional e apresentou o estudo do problema à participante, discutindo com ela os principais aspectos da intervenção e as técnicas que seriam necessárias para atingir as metas estabelecidas.

A Participante 2 (P2) foi estimulada a falar livremente sobre seu comportamento. O registro da primeira entrevista foi sistematizado em grupos de verbalizações que se assemelhavam quanto ao conteúdo e classificado dentro das seguintes categorias: Comportamentos-queixa, Prováveis Condições Instaladoras, Prováveis Condições Mantenedoras, Explicações Dadas e Observações (Anexo 2). Essas classes de comportamento foram extraídas a partir do conteúdo dos relatos da participante que permitiram estabelecer alguma relação entre o comportamento-queixa e a situação ambiental em geral da participante e foram apresentados à mesma na segunda entrevista.

A categoria “*Comportamento-queixa*” refere-se a qualquer resposta do organismo, verbal ou não verbal, pública ou privada (pensamentos, sentimentos, sensações, e ações) que estejam incomodando ou gerando desconforto na participante; “*Prováveis Condições Instaladoras ou Mantenedoras*” refere-se a eventos que ocorrem no ambiente e comportamentos de outras pessoas ou quaisquer outras condições que possam contribuir para a configuração do comportamento-queixa; “*Explicações dadas*” refere-se a verbalizações que denotam inferências sobre alguma relação entre eventos do contexto do participante que pudessem justificar o comportamento-queixa. A categoria “*Observações*” refere-se a outros conteúdos verbais não relacionados com o comportamento-queixa.

Cada categoria continha apenas as verbalizações do próprio participante. A classe Observações ficou incompleta, pois não foram identificados relatos não relacionados com a queixa.

Uma vez organizada, a fala de P2 foi apresentada a ela na segunda entrevista e ela foi orientada a identificar suas idéias, e solicitada a corrigir, acrescentar ou alterar seu

relato. Esta entrevista foi novamente gravada, transcrita e o material foi organizado de maneira semelhante.

Observou-se que os conteúdos dos relatos pertencentes a uma determinada categoria variavam conforme a situação relatada. Assim, com base na leitura e discussão da primeira análise, foram estabelecidas, para a análise da segunda entrevista, as seguintes classes de resposta: “*Comportamento-queixa*”, “*Prováveis Condições Instaladoras*”, “*Prováveis Condições Mantenedoras*”, “*Soluções Sugeridas*” e “*Comportamento Ideal*” (Anexo 3). “*Soluções sugeridas*” refere-se a relatos do participante que denotam alguma proposta de resolução dos aspectos problemáticos; “*Comportamento Ideal*” são relatos do participante que sugerem uma alternativa ao comportamento-queixa.

Na terceira e na quarta entrevistas a categorização do relato das entrevistas anteriores foi apresentada de acordo com o mesmo formato anterior.

Na análise da quarta entrevista (Anexo 4) a categorização das verbalizações foi modificada porque se considerou que as informações obtidas através da organização anterior haviam se esgotado. Tornou-se necessário estabelecer uma relação entre o que era comportamento-queixa com as condições das quais ele seria função. Assim, na quinta entrevista, as verbalizações da quarta entrevista foram categorizadas em dois grupos de variáveis: “*Variáveis Dependentes*”, que eram relatos de comportamentos-queixa e “*Variáveis Independentes*”, divididas em “*Condições Instaladoras*” e “*Condições Mantenedoras*” (Anexo 4). Além disso, foi adicionada uma coluna para o participante escrever as probabilidades de mudança no seu comportamento, caso ocorressem mudanças nas variáveis independentes, onde o participante deveria responder “*Sim*”, “*Não*” ou “*Parcialmente*”.

A categoria “*Comportamentos-Queixa*” representava somente as verbalizações de **P2**, enquanto que a categoria “*Variáveis Independentes*” consistia de **inferências** da terapeuta/pesquisadora sobre as prováveis condições controladoras (instaladoras e mantenedoras) do comportamento. Assim, na quinta sessão, a folha com a análise foi apresentada com o seguinte enunciado, elaborado pela terapeuta/pesquisadora (Anexo 5):

“O comportamento-queixa é considerado como alvo porque qualquer proposta ou tentativa que fizermos deverá ter como objetivo final uma alteração no mesmo, ou em aspectos do mesmo que são considerados problemáticos. Para isso é necessário descrever os aspectos problemáticos da forma mais completa e precisa possível e identificarmos as variáveis das quais é função. Como estes comportamentos são multi-determinados, um conjunto amplo de variáveis contribuiriam para sua configuração. Essas classes de variáveis são consideradas variáveis independentes porque há probabilidade de serem manipuladas de modo a alterar o comportamento-queixa.”

Além disso, na quinta entrevista ainda, foi apresentado a P2, uma folha de papel com linhas em branco numeradas, com o título “*Hierarquização das Condições*” (Anexo 6), com as seguintes instruções:

“Relacione, por ordem decrescente de importância, aquelas condições para as quais a resposta dada foi ‘Sim’ ou ‘Parcialmente’”.

No verso desta folha havia um quadro com linhas em branco também numeradas com a seguinte instrução (Anexo 7):

“Relacione outras condições não citadas as quais você acha que se fossem modificadas ou desaparecessem resultariam em solução de suas dificuldades”.

A participante deveria trazer estas informações na sessão seguinte.

Na sexta sessão foi apresentada à P2, os relatos da sessão anterior, organizados nas seguintes categorias: *“Variáveis Dependentes”*, que eram os relatos da participante de comportamentos-queixa e *“Variáveis Independentes”*, divididas em *“Condições Instaladoras”* e *“Condições Mantenedoras”*, que constituíam-se das inferências feitas pela terapeuta/pesquisadora sobre as prováveis condições instaladoras e mantenedoras do comportamento-queixa relatado pela participante. (Anexo 8). Este arranjo foi semelhante ao anterior, com a exclusão da última coluna.

Primeiramente, na sexta sessão foi analisada a atividade que a participante levou para fazer em casa, em seguida foi apresentada a análise e a participante foi solicitada a emitir sua opinião sobre as inferências da terapeuta/pesquisadora expressas na categoria *“Variáveis Independentes”*. Além disso, a participante foi solicitada a tentar descrever comportamentos alternativos que tivessem a probabilidade de modificar as condições controladoras.

Este formato foi mantido até a décima primeira sessão, quando o atendimento foi suspenso por motivo de viagem da participante. A décima segunda sessão ocorreu após um período de três meses, por motivos pessoais da participante. Nesta última sessão, a participante informou sua indisponibilidade para dar continuidade ao atendimento, declarando haver solucionado grande parte de suas dificuldades.

Resultados e análise dos dados

Para efeito da análise da Aplicação Piloto foram computados dados das cinco primeiras sessões de atendimento apenas. No sentido de tornar homogêneo, o material verbal de ambas as participantes foi classificado nas seguintes categorias: “*Relatos de comportamentos*”; “*Relatos de Condições Antecedentes*” e “*Relatos de Condições Subseqüentes*”. Essa categorização foi estipulada para facilitar a comparação entre os comportamentos verbais das participantes nos diferentes procedimentos utilizados. Os dados estão representados nas Figuras 1 e 2.

Diferenças observadas

Na terapia de base comportamental utilizada com a Participante 1, (Figura 1), observa-se uma maior frequência de relatos de comportamentos-queixa. De acordo com a Figura 1, houve uma diminuição no relato de “Comportamentos” de sessão a sessão com pouca modificação na quantidade de relatos de “Condições Antecedentes” de sessão a sessão e diminuição relativa no relato de “Condições Subseqüentes”, da primeira para a quinta sessão.

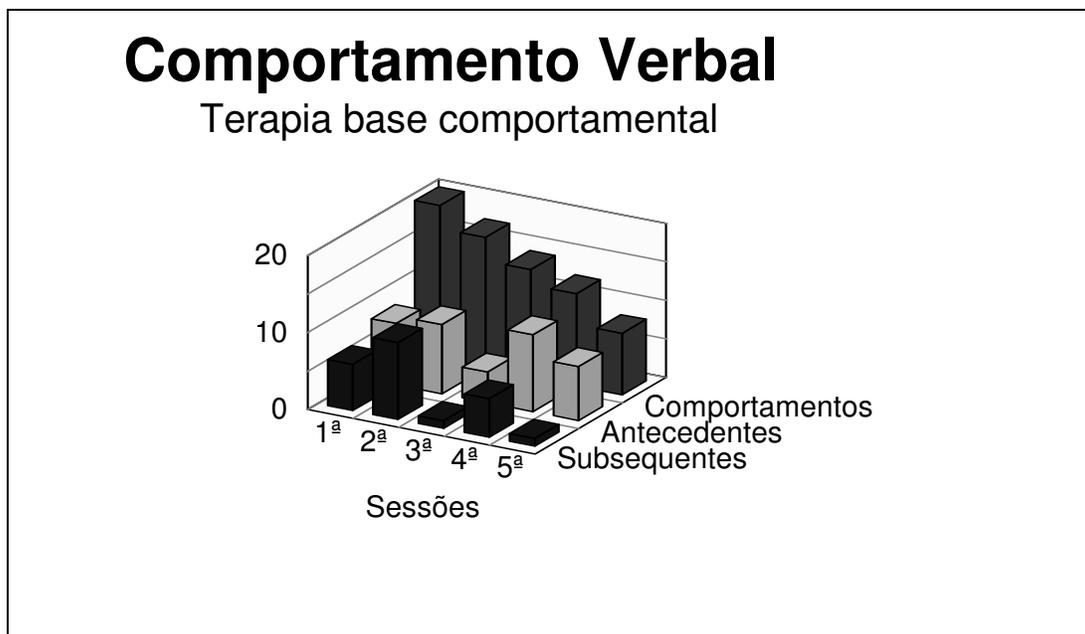


Figura 1. Classificação do conteúdo verbal da Participante 1, submetida à Terapia Comportamental Tradicional.

Como é o terapeuta que pergunta, existe uma probabilidade que a redução nos relatos de comportamentos tenha ocorrido em função do direcionamento dado pela terapeuta/pesquisadora, que após a investigação sobre comportamentos, passa a investigar condições ambientais, para definir eventos antecedentes e conseqüências do comportamento problema.

No procedimento de análise de conteúdo verbal, realizado com a Participante 2, (Figura 2), observa-se que a freqüência mais alta também é de relatos de comportamentos. No entanto, esta freqüência não diminuiu ao longo das entrevistas, mas é observada constância na freqüência de relatos de “Comportamento”, com variações nas sessões intermediárias.

Diferentemente do procedimento de terapia comportamental, observa-se uma diminuição na frequência tanto de relatos de “Condições Antecedentes” como de relatos de “Condições Subseqüentes”. De acordo com a Figura 2, na segunda entrevista, quando ocorreu a rerepresentação do relato em forma de categorias, houve um aumento na frequência de relatos de comportamentos.

Observa-se que nas duas sessões iniciais, quando o relato era mais livre, foi maior a frequência de relatos de condições antecedentes e conseqüências, do que nas sessões finais. A participante focalizou-se em relatar comportamentos, sempre que seu relato era rerepresentado, diminuindo a frequência das descrições de seu ambiente.

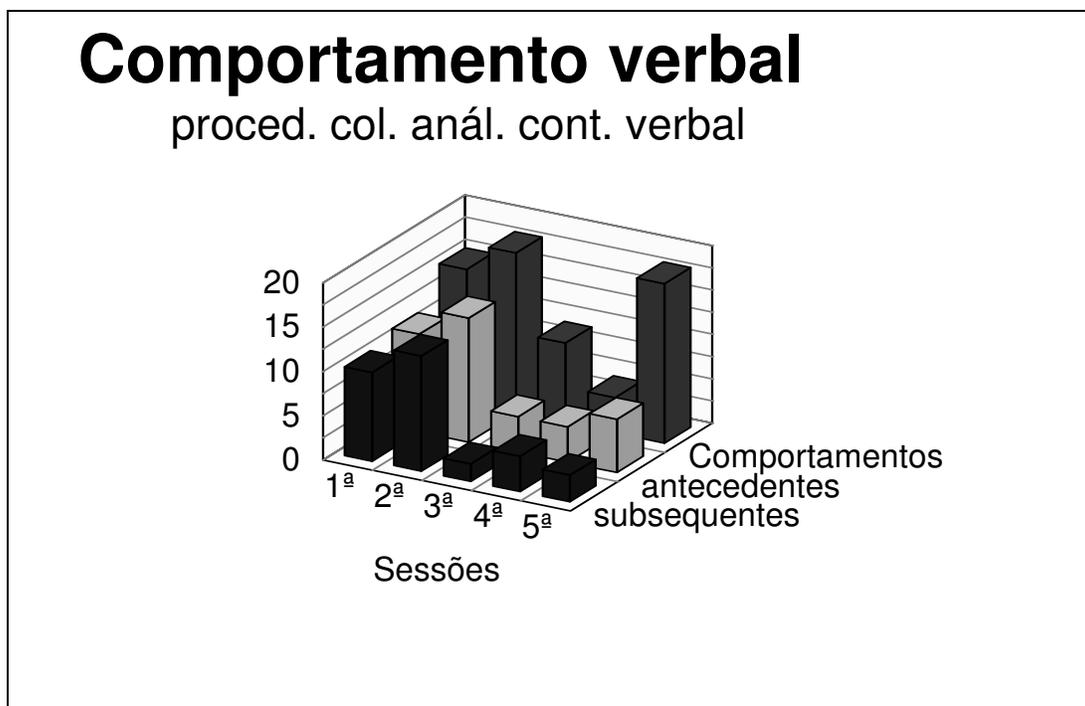


Figura 2. Classificação do conteúdo verbal da Participante 2, submetida ao procedimento desenvolvido por Bori e cols. (1997)

A aplicação do estudo-piloto possibilitou a definição de formas de interação entre o participante e o pesquisador para favorecer o surgimento dos dados da pesquisa, ou seja, de conteúdos verbais relevantes para a solução das dificuldades. Uma dessas formas de interação poderia ser aquela em que o participante discrimina e passa a apresentar relatos de variáveis ambientais do comportamento em estudo (ansiedade), estabelecendo relações funcionais entre o comportamento-queixa e as variáveis ambientais. Apesar da diminuição da frequência desses relatos, os resultados deram indicações de novas categorias a serem introduzidas.

A partir desses dados foi possível estruturar, para a segunda fase do estudo, um arranjo experimental onde as unidades de resposta foram verbalizações da participante que descreviam seus comportamentos abertos e encobertos e eventos que ocorriam no ambiente. As possíveis variações nestas unidades foram possibilitadas pela reapresentação de seu relato de forma sistematizada pelo pesquisador, a partir de suas inferências baseadas nos relatos do participante.

Assim, foi possível estabelecer categorias de conteúdos verbais mais apropriadas à análise pretendida para levar ao estabelecimento, por parte do participante, de relações entre as classes de seus conteúdos verbais (solução da dificuldade).

A proposta utiliza como referência o comportamento do pesquisador de identificar, descrever e classificar o material verbal do participante.

A seguir será apresentada a descrição do estudo final, com Método, Resultados e Discussão, realizado com outras duas participantes.

Estudo de Caso

MÉTODO

Participantes

Participaram desta fase do estudo duas clientes da Clínica da Psicologia da UFPA encaminhadas pela psiquiatra, com diagnóstico de transtorno de ansiedade. Da mesma maneira que as participantes anteriores houve uma entrevista preliminar com ambas para obtenção do consentimento para participar de uma pesquisa sobre dois métodos de terapia. As participantes puderam escolher a qual método submeter-se e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

P3. Mulher, 52 anos de idade, nível superior, funcionária pública municipal, casada, três filhos, residia com o marido, o filho mais velho, uma das filhas, o esposo desta e sua filha de um ano de idade. Residiam em casa alugada. Encaminhada para a Clínica de Psicologia por uma amiga funcionária da UFPA. Apesar de haver sido prescrito medicação, a Participante 3 recusou-se a fazer uso da mesma.

Caracterização da queixa: (retirado da Ficha de Triagem da Clínica de Psicologia da UFPA): “*ando muito ansiosa*”; irritação e agressividade nos últimos meses; timidez excessiva, principalmente quando tem que falar em público “*me dá um branco, eu esqueço tudo o que tinha pra falar naquela hora, morro de vergonha. Depois fico com muita raiva de mim*”; relatou nervosismo, tremores no corpo todo, falta de ar, taquicardia, sensação de desmaio; insônia; dificuldade para expressar opiniões e sentimentos de inferioridade.

P4. Mulher, 47 anos de idade, nível superior, trabalhava na secretaria de uma escola municipal pela manhã e como secretária de consultório médico no período da

tarde, solteira no início do atendimento, residia só com a mãe, uma senhora que apresentava sérios problemas de saúde, que a tornavam quase dependente da filha para os auto-cuidados. Foi primeiramente atendida pela psiquiatra da clínica de psicologia da UFPA, encaminhada por uma funcionária da UFPA, amiga sua. A psiquiatra a medicou e condicionou o acompanhamento a uma terapia psicológica. A primeira crise havia ocorrido dois meses antes da primeira entrevista com a psicóloga.

Caracterização da queixa: Crises de ansiedade caracterizadas por dores no peito, tensão muscular, falta de ar, garganta fechada, tremores, sudorese, taquicardia, com início repentino a qualquer hora do dia, inclusive de madrugada. *“A dor, o aperto, aqui, um entalo na garganta, parece que eu tava com um entalo na garganta, e uma falta de ar, aí pronto, o meu sangue vai embora, aí a minha pressão parece que caía, ... , era a sensação de morte... vai me apertando o peito, uma dor, uma disritmia e um tremor... os meus músculos no outro dia não podia tocar”*. As crises a levaram a procurar urgência médica diversas vezes. Realizou todos os exames necessários para verificar a função cardiológica e todos apresentaram resultado negativo para doença cardíaca.

Ambiente

As entrevistas foram realizadas em uma sala de atendimento da Clínica de Psicologia da UFPA. A terapeuta ficava sentada frente a frente com a cliente do mesmo lado de uma mesa onde estava colocado um gravador portátil.

Instrumentos e Materiais

- Ficha de Triagem da Clínica de Psicologia da UFPA (Anexo 9). Trata-se de um roteiro de entrevista estruturado para a obtenção de informações preliminares sobre o cliente e sobre o motivo da procura pelo serviço de psicologia da UFPA.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Documento elaborado especificamente para esta pesquisa, com base nas normas do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos e no Código de Ética Profissional do Psicólogo, esclarecendo os objetivos e método da pesquisa, garantindo sigilo e a livre escolha do cliente, obtendo assim seu consentimento.
- Escala de Ansiedade de Beck (BECK-A) (Anexo 10). Instrumento para medir ansiedade clínica, contendo vinte e um itens a serem pontuados, desenvolvido por Beck, A. T., Epsteins, N., Brown, G. & Steer, R. A., em 1971.
- Folhas de Registro com as categorizações dos relatos verbais. Tabelas contendo os relatos das participantes, classificados por conteúdo, apresentadas à Participante 3 na sessão seguinte.

Equipamentos

- Um gravador portátil e fitas cassete foram utilizados para registrar os diálogos.

Procedimento

As participantes receberam as seguintes informações, contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 1): que se tratava de uma pesquisa para observar os efeitos de dois métodos de terapia sobre o conteúdo dos relatos verbais

de pacientes com transtorno de ansiedade. Foi lido e explicado de uma maneira resumida o procedimento utilizado na Terapia Comportamental e o Método Bori.

As participantes foram também informadas que poderiam escolher entre os dois modelos. O TCLE também estipulava os aspectos do contrato terapêutico, tais como sigilo profissional, necessidade de gravação em áudio, frequências às sessões e garantia de que a participante poderia se recusar a continuar ou interromper sua participação em qualquer momento do estudo. Estas informações foram lidas conjuntamente e as participantes após escolherem o modelo de atendimento, assinaram o TCLE.

Foi realizada uma entrevista por semana, com cada participante. Foram realizadas onze (11) entrevistas com **P3** e vinte (20) entrevistas com **P4**. Cada entrevista foi gravada em áudio e em seguida transcrita pela terapeuta/pesquisadora. As transcrições dos relatos das participantes ocorridos nas entrevistas constituíram o dado bruto do estudo. Foi realizado um registro cursivo, digitado em computador, dos diálogos entre pesquisadora/terapeuta e participante, o qual foi dividido em falas da terapeuta e da participante.

Ao término da primeira entrevista as participantes foram submetidas a uma aplicação do Inventário Beck de Ansiedade (Anexo 10)

A primeira entrevista se iniciou com a pergunta: "*Quais os motivos que levaram você a procurar atendimento terapêutico?*"

A Participante 3 (**P3**) foi submetida ao procedimento desenvolvido por Bori e cols. (1978) e adaptado para este estudo. A Participante 4 (**P4**) foi submetida às etapas da terapia comportamental contemporânea, tal como descrita posteriormente neste trabalho.

Estudo de Caso da Participante P3

A Participante 3 foi orientada, na primeira entrevista, a falar livremente sobre sua condição com o mínimo de interferência da pesquisadora. Não houve qualquer solicitação do terapeuta para relatos específicos, nem de comportamentos, nem de condições ambientais relacionadas com cada comportamento relatado.

Com a transcrição da primeira entrevista, foram identificados e organizados os relatos da participante em termos de categorias semelhantes em conteúdo, a saber: comportamentos-queixa e condições ambientais. Assim, a segunda entrevista constou da rerepresentação, à participante, de seus relatos sobre suas dificuldades, feitos na primeira entrevista, sistematizados em grupos de verbalizações que se assemelhavam em conteúdo e classificados dentro das seguintes categorias: (a) “*Comportamento-Queixa*” – relatos com verbalizações sobre seus comportamentos problemáticos ou dificuldades (quaisquer relatos de respostas, incluindo encobertas); (b) “*Prováveis Condições Instaladoras*” – relatos com verbalizações sobre eventos ambientais históricos; (c) “*Prováveis Condições Mantenedoras*” – relatos com verbalizações de eventos do presente; e (d) “*Explicações Dadas*” – relatos com verbalizações de prováveis relações entre comportamentos e eventos ambientais. (Quadro 1)

Quadro1. Categorização dos relatos de **P3** na primeira sessão.

Comportamento- Queixa	Prováveis Condições Instaladoras	Prováveis Condições Mantenedoras	Explicações Dadas
Relatos com verbalizações de seus comportamentos problemáticos ou dificuldade	Relatos com verbalizações sobre eventos ambientais históricos	Relatos com verbalizações de eventos que estão ocorrendo no momento atual	Relatos com verbalizações de prováveis relações entre comportamentos e eventos ambientais

Na segunda entrevista, a participante foi orientada a analisar o registro apresentado pela terapeuta-pesquisadora e a identificar suas idéias, corrigir, acrescentar ou alterar o registro de seu relato. Esta entrevista igualmente foi gravada e transcrita e o material foi organizado de maneira semelhante.

A terceira e a quarta entrevistas mantiveram o mesmo formato da anterior, com a reapresentação sistematizada do material verbal do participante na entrevista anterior.

Na quinta entrevista, o material da entrevista anterior foi reapresentado segundo as mesmas categorias anteriores, porém com a introdução de uma coluna para o participante escrever as probabilidades de mudança no seu comportamento, caso ocorressem mudanças nas variáveis independentes, onde o participante deveria responder “Sim”, “Não” ou “Parcialmente”, para cada comportamento-queixa. (Quadro 2).

Quadro 2. Categorização dos relatos de **P3** da segunda à quarta sessão.

Comportamento- Queixa	Prováveis Condições Instaladoras	Prováveis Condições Mantenedoras	Se tais condições fossem modificadas ou desaparecessem, o problema deixaria de existir?
Relatos com verbalizações de seus comportamentos problemáticos ou dificuldade	Relatos com verbalizações sobre eventos ambientais históricos	Relatos com verbalizações de eventos que estão ocorrendo no momento atual	Respostas “Sim” “Não” ou “Parcialmente”

Na sexta e na sétima entrevista, a análise representou as verbalizações do participante organizadas nas mesmas categorias das entrevistas de 1 a 4. (Quadro 1)

Na oitava entrevista, o conteúdo dos relatos da sessão anterior foram classificados de acordo com as categorias do Quadro 3, onde “*Comportamento-Alvo*” refere-se a todo relato de comportamento, seja ele desejado ou problemático, que a participante apresentou na sessão anterior. A categoria “Variáveis Independentes Históricas” refere-se a relatos de eventos que aconteceram no passado, aos quais a participante se reportava numa tentativa de explicar seus comportamentos atuais. A categoria “Variáveis Independentes Atuais” refere-se a situações presentes onde ocorriam os comportamentos ou a efeitos de seus comportamentos sobre seu ambiente.

A apresentação da análise foi precedida pelo seguinte relato (Anexo 11):

“Os problemas que são trazidos como queixa são denominados comportamento-alvo e qualquer intervenção deverá ter como objetivo final uma alteração no mesmo, ou em aspectos do mesmo que são considerados problemáticos. Para isso é necessário descrever os aspectos problemáticos da forma mais completa e precisa possível para que sejam identificadas as condições do ambiente relacionadas, denominadas variáveis independentes, das quais o comportamento é função. Como estes comportamentos são multi-determinados, um conjunto amplo de variáveis contribuiria para sua configuração. Há probabilidade de que essas classes de variáveis sejam manipuladas de modo a alterar o comportamento-alvo.”

Quadro 3. Categorização dos relatos de **P3** apresentada na oitava sessão.

Variável Dependente	Variáveis Independentes	
Comportamento-Alvo	Históricas	Atuais

Além disso, nesta entrevista ainda, foi apresentado à participante uma folha de papel com linhas em branco numeradas, com o título “Hierarquização das Condições” (Anexo 6), com as seguintes instruções: *“Relacione, por ordem decrescente de importância, aquelas condições para as quais a resposta dada foi ‘Sim’ ou ‘Parcialmente’”*.

No verso desta folha havia um quadro com linhas em branco também numeradas com a seguinte instrução (Anexo 7): *“Relacione outras condições não citadas as quais você acha que se fossem modificadas ou desaparecessem resultariam na solução de suas dificuldades”*. A participante foi orientada a trazer estas informações na sessão seguinte.

Na nona entrevista, o material da entrevista anterior foi reapresentado de acordo com as seguintes categorias (Quadro 4): 1) “*Comportamentos*” – relatos de respostas abertas e encobertas; 2) “*Condições ambientais atuais*” – relatos de variáveis ambientais relacionadas diretamente com as respostas apresentadas; 3) “*Condições ambientais históricas*” – relatos de eventos da história passada da participante, possivelmente relacionados com a história atual; 4) “*Explicações*” – relatos estabelecendo relações entre as variáveis e o comportamento; e 5) “*Proposições*” – relatos de comportamentos desejados pela cliente.

Quadro 4. Categorização dos relatos de **P3** apresentada na nona sessão.

Comportamentos	Condições ambientais atuais	Condições ambientais históricas	Explicações	Proposições
Relatos de respostas abertas ou encobertas	Relatos de variáveis ambientais relacionadas diretamente com as respostas apresentadas	Relatos de eventos da história passada da participante possivelmente relacionados com a história atual	Relatos estabelecendo relações entre as variáveis e o comportamento	relatos de comportamentos desejados pela cliente

Nesta entrevista também foi analisado o material verbal escrito que a participante realizou em casa. Esta análise incluiu a identificação de variáveis antecedentes e subseqüentes e o comportamento problemático relacionado funcionalmente com as mesmas, por meio de uma pergunta: “*O que acontece com você nesta condição?*” ou “*O que você faz nesta situação?*”, quando a participante deveria relatar o comportamento manifestado nas condições identificadas no relato e apresentadas no quadro de categorização.

Na décima entrevista a categorização dos relatos da cliente incluiu uma nova categoria: “*Comportamentos Ideais*”, em lugar de “*Proposições*”, representada por relatos de comportamentos alternativos aos problemáticos, devido ao fato da participante apresentar descrições de comportamentos que gostaria que substituíssem seus problemáticos e não apenas relatos de comportamentos considerados adequados, porém não relacionados com os problemáticos (Quadro 5).

Quadro 5. Categorização dos relatos de **P3** apresentada na décima sessão.

Comportamentos	Condições ambientais atuais	Condições ambientais históricas	Explicações	Comportamentos Ideais
Relatos de respostas abertas ou encobertas	Relatos de variáveis ambientais relacionadas diretamente com as respostas apresentadas	Relatos de eventos da história passada da participante possivelmente relacionados com a história atual	Relatos estabelecendo relações entre as variáveis e o comportamento	relatos de comportamentos alternativos aos problemáticos

Nesta entrevista, a participante e a pesquisadora fizeram inferências acerca dos controles atuantes com o objetivo de gerar dessa maneira estímulos discriminativos verbais que levassem à solução das dificuldades da participante.

Foi realizada ainda a décima primeira entrevista com o objetivo de definir a continuidade ou não do atendimento considerando que a cliente relatou na sessão 10 significativa melhora em seus déficits comportamentais e mencionou a possibilidade de viajar, o que deveria provocar uma interrupção nas entrevistas.

Nesta última entrevista foi novamente aplicado o Inventário Beck de Ansiedade (Anexo 10).

Resultados da Participante 3

Aplicação do Inventário Beck de ansiedade:

Nível Severo: tremor nas pernas; coração batendo rápido e forte; e sudorese.

Nível Moderado: Sensações de calor; Incapacidade de relaxar; Insegurança; Pavor; Nervosismo; sensação de sufocamento; tremor nas mãos; tremores; dificuldade de respirar; e indigestão ou desconforto abdominal.

Nível Suave: Dormência ou formigamento; Medo de acontecimentos ruins; e Rubor facial.

Ausentes: Confusão e delírio; Medo de perder o controle; Medo de morrer; Assustada; e desmaios.

Análise quantitativa. Primeiramente foi calculada a média da frequência de cada categoria de relatos em todas as entrevistas. Em seguida foi calculada a frequência de cada categoria em cada entrevista.

A Figura 3 apresenta a média da frequência das categorias de relatos de **P3** nas sessões de 1 a 11. As categorias de relatos que obtiveram a maior média percentual foram as de “Comportamentos” e de “Variáveis Relacionadas”.

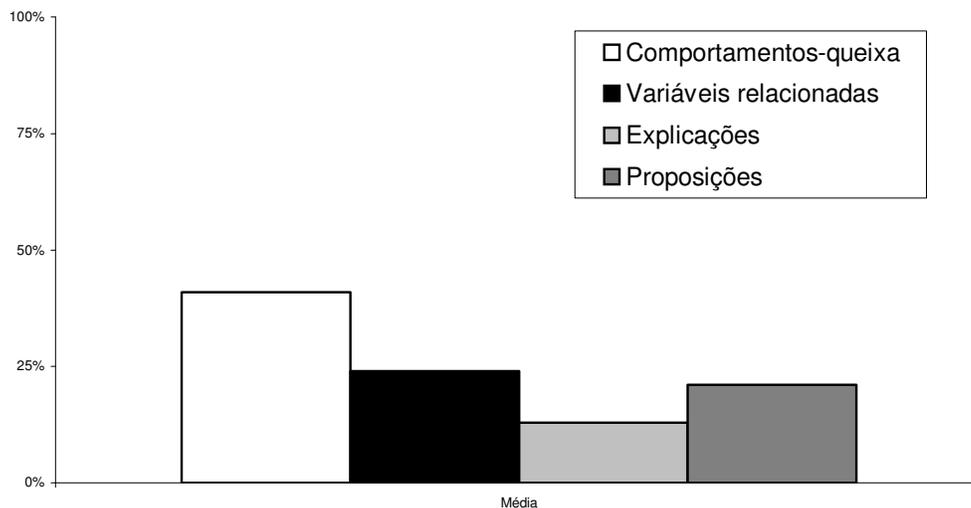


Figura 3. Média da frequência das categorias de verbalizações de **P3**, em todas as entrevistas.

A Figura 4 mostra a frequência de cada categoria de relatos, em cada entrevista. Como podemos observar na Figura 4, relatos de comportamentos-queixa ocorreram em todas as sessões, sendo que sua frequência manteve-se acima dos 35%, atingindo um percentual mais significativo na primeira sessão e a menor frequência se deu na última sessão. A frequência de relatos de variáveis relacionadas aos comportamentos-queixa se manteve entre 15% e 39%, apresentando maior frequência na segunda sessão e menor frequência na quinta sessão.

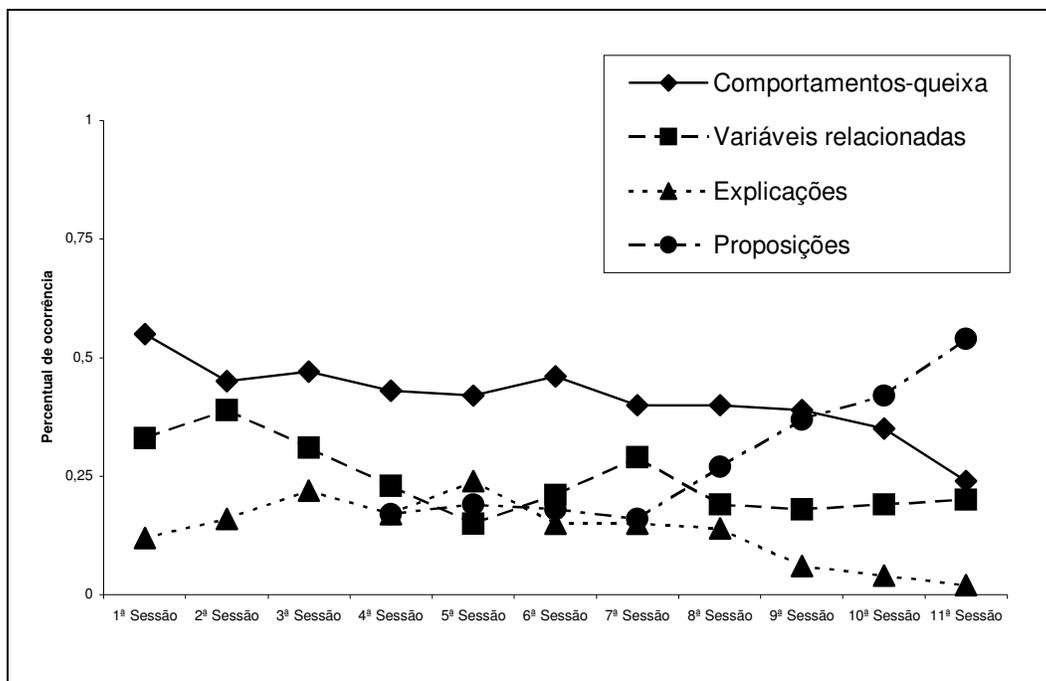


Figura 4. Frequência das categorias de verbalizações de **P3**, em cada entrevista.

A frequência de relatos que estabeleciam relações entre o ambiente e os comportamentos-queixa (“Explicações”) foi a que apresentou maior variabilidade, ficando entre 4% e 24%, sendo a maior frequência encontrada na quinta sessão e a menor frequência na última sessão. Já a frequência de relatos de comportamentos ideais ou desejados (“Proposições”) variou entre 16% e 42%, observando um crescimento a partir da oitava sessão e na décima primeira sessão ela foi a mais frequente de todas as categorias.

Considerando que o interesse do presente estudo era que o participante apresentasse relatos que denotassem solução ou proposição de solução para suas dificuldades, foram examinadas separadamente as categorias “Proposições” e

“Comportamentos Ideais”, introduzidas a partir da análise da quarta sessão. Foi, então, analisada a frequência destes relatos nas seis últimas sessões.

Nas três últimas sessões houve um aumento na categoria de “Proposições”, o que sugere um padrão crescente de discriminação por parte da participante do seu conteúdo verbal, favorecendo assim, definir novas formas de atuação sobre suas dificuldades. Esse resultado também sugere que, ao longo das entrevistas, a participante estabeleceu relações entre os conteúdos de seu relatos, possivelmente sob controle da forma como foram apresentados para ela.

Finalmente, foram destacados alguns relatos da participante acerca de suas melhoras e da aplicação do procedimento em estudo.

Identificação e análise das alterações ocorridas nos relatos de P3.

Na primeira sessão ocorreram relatos que apenas descrevem vagamente suas principais dificuldades, as que motivaram sua procura por atendimento. Por exemplo, “*Às vezes eu fico embotada*” ou “*Muitas coisas que eu penso, eu não externo*”. O uso de vocabulário de teor amplo e não específico é característico das pessoas com transtorno ansioso (Lundin, 1977). Com relação a estas respostas a participante não relatou variáveis do ambiente que pudessem estar relacionadas com elas. Conseqüentemente, o relato de alguma relação entre as respostas e variáveis ambientais ficou ausente. Outro relato precário apresentado foi “*A minha vida hoje não ‘tá’ legal*”, para o qual não houve outros relatos que pudessem explicar esta condição. Observa-se nesta primeira sessão relatos longos de variáveis históricas, como por exemplo, a forma como se deu seu relacionamento com o pai, durante a infância e a adolescência e relatos insuficientes sobre condições de sua história presente.

Na segunda sessão, ao se encontrar diante de seu relato organizado nas categorias, a participante apresentou outras características de respostas e detalhou um pouco mais as anteriores. Por exemplo, *“Eu sinto medo na hora que precisa dizer”*, foi seguido da seguinte descrição de variáveis *“Meu pai que tomava todas as decisões e ele dizia que era porque ele tinha vivência e mandava a gente calar a boca”* e da seguinte tentativa de explicação *“Acho que é falta de hábito”* e em seguida *“Acho que é a soma de tudo isso”*. Nota-se que, embora fruto de uma avaliação ainda deficiente, a participante apresentou maior frequência de relatos na categoria *“Explicações”*, provavelmente ao constatar que seu relato na sessão anterior não teria sido suficiente para haver uma compreensão da situação.

Nesta sessão, a terapeuta limitou-se a solicitar que a cliente emitisse opiniões sobre os relatos dentro das categorias, no intuito de chamar a atenção da participante para o seu próprio relato.

Nesta sessão, a participante apresentou relatos de respostas mais específicas, que se incluem na sua dificuldade, como *“Me dá um branco, ou eu falo mais rápido e mais alto e o meu rosto esquenta, aí me embota”*, sintomas que preenchem alguns critérios para ansiedade social.

Na terceira sessão houve um pequeno aumento na frequência de relatos de *“Explicações”*, com a participante tentando esclarecer o que se passava com ela, por exemplo *“Eu preciso ser assertiva”* que apresentou a seguinte explicação *“É saber dizer as coisas na hora certa”*. Os relatos categorizados como *Explicações* constituíram relatos de relações lineares entre o ambiente e um comportamento, fosse esse desejado ou não, formas, ainda que simplificadas, de tentar entender ou se fazer entender. Tais relatos apareceram com maior frequência nesta sessão do que nas anteriores.

Na categorização da quarta sessão foi introduzida uma coluna para os relatos que denotassem uma proposição ou um “desejo” da participante de que uma tal resposta fosse emitida. Assim, as explicações de comportamentos não desejados permaneceram na categoria “*Explicações*” e relatos de comportamentos desejados, com ou sem explicação, foram classificados como “*Proposições*” e comportamentos não desejados presentes no repertório da participante continuaram na categoria “*Comportamento-Queixa*”. Talvez este detalhe explique a igualdade apresentada na frequência de relatos nas categorias “*Explicações*” e “*Proposições*”, nesta análise.

O quadro apresentando à participante com a categorização de seus relatos da quarta sessão foi diferente dos anteriores. Na ocasião em que o quadro foi apresentado, a pesquisadora/terapeuta solicitou que a participante respondesse se o problema deixaria de existir caso as condições relatadas por ela fossem modificadas. Os relatos de comportamentos, sendo eles desejados ou não e acompanhados ou não de explicações, foram registrados na categoria “*Comportamento-queixa*”, nesta análise.

Diante do quadro com a análise, a participante também foi orientada a preencher as lacunas em branco nas categorias “*Prováveis condições instaladoras*” e “*Prováveis condições mantenedoras*”. Como resultado, a participante respondeu com explicações para os comportamentos, por exemplo, “*Estou tentando deixar de me irritar por qualquer coisa*”, e registrou na folha de análise, como condição mantenedora, “*Evitar avaliações negativas*”. Esperava-se com estas modificações que a participante aumentasse a frequência de relatos de comportamentos desejados (“*Proposições*”).

Como resultado do exercício proposto na sessão anterior, foi observado um aumento na frequência de relatos da categoria “*Explicações*”. Isto pode ser explicado pelo fato da pesquisadora ter solicitado explicitamente relatos desta categoria para a

participante na quinta sessão, ao orientá-la a preencher as lacunas com relatos de variáveis relevantes, o que não ocorreu, já que a participante apresentou, ao contrário, relatos de relações entre eventos. Houve também um pequeno aumento de relatos de “Proposições” e uma diminuição nos relatos de variáveis relacionadas.

Na sexta entrevista, foi complementado o quadro onde a participante deveria responder “*Sim*”, “*Não*”, ou “*Parcialmente*”, que lhe foi apresentando na quinta sessão, porém não havia sido concluído. Após esta tarefa foi entregue à participante uma folha intitulada “*Hierarquização das Condições*”, na qual ela deveria relacionar por ordem de importância aquelas condições para as quais respondeu “*Sim*” ou “*Parcialmente*”, para que ela trouxesse na próxima entrevista.

Na sétima sessão, após a análise da categorização dos relatos da sexta sessão, pesquisadora e participante passaram a analisar a folha de “*Hierarquização das Condições*”. A pesquisadora observou que a participante havia registrado comportamentos pretendidos ou metas a serem alcançadas, a saber: “*Não abrir mão de mim mesma*”, “*Aumento da auto-confiança*” e “*Estabelecer prioridades*”. Tais relatos foram considerados importantes pois observou-se que a própria cliente definiu seus objetivos de mudanças sem a intervenção ou solicitação direta da pesquisadora/terapeuta, o que se considerava um dos objetivos do presente procedimento.

Dessa forma, os registros da participante foram analisados como três categorias amplas de comportamentos dentro das quais foram registradas as respostas problemáticas anteriormente relatadas pela participante. Observa-se na Figura 4 que, na sétima sessão, houve pouca variação na frequência das categorias “*Explicações*” e

“Proposições”, visto que estes relatos consistiram de repetições do que já havia sido antes discutido.

A categorização da sétima entrevista, apresentada na oitava, tinha uma conformação diferente das anteriores. Ela trazia uma categoria de “*Comportamentos-alvo*”, a de Variável Dependente, e a de Variáveis Independentes dividida em “*Históricas*” e “*Atuais*”. Esta categorização foi precedida por uma explicação, por parte da pesquisadora/terapeuta, caracterizando comportamento-alvo como função das condições do ambiente (Anexo 11). A cliente foi solicitada a registrar quais condições teriam probabilidade de mudar para reduzir os aspectos problemáticos de seu comportamento e a descrever o que seria necessário para atingir seus objetivos.

Na análise da oitava sessão foi observado um aumento significativo dos relatos de comportamentos desejados, ou seja, nas “*Proposições*”, por exemplo, “*Eu tenho que fazer aquilo que eu acho que é certo sem me preocupar se o outro vai achar ruim*”, “*Eu preciso aumentar minha autoconfiança*” e “*Eu preciso ter um comportamento sistemático*”, entre outros.

Na nona sessão, a participante manteve o mesmo padrão de relatos da sessão anterior, com um pequeno aumento dos relatos de comportamentos desejados, porém ainda destacando o que poderia apresentar como resposta para solucionar suas dificuldades (“*Proposições*”). Nesta sessão, a pesquisadora-terapeuta orientou a participante a descrever seus comportamentos de forma operacional, definindo certas expressões usadas de maneira muito ampla e pouco específicas, tais como “guardar para mim”, “chamar para mim”, “comportamento sistemático”, “ser independente” e outras, categorizadas como “*Comportamentos-queixa*”

Na décima sessão a cliente relatou mudanças ocorridas em suas respostas, além de relatar comportamentos desejados, apresentando novamente um aumento na frequência de relatos destes comportamentos. Como exemplo, a participante relatou o fato de ter conseguido expor uma opinião sem apresentar sinais de ansiedade. Nesta sessão, a pesquisadora/terapeuta solicitou que a participante emitisse uma opinião sobre o procedimento utilizado para solucionar seus problemas e obteve o seguinte relato: *“Eu acho que comigo funciona, porque faz a gente visualizar melhor as coisas. Porque às vezes a gente fala muita coisa solta, aí enquadrando assim eu vejo que tudo tem relação. Fica mais fácil ver a relação entre as coisas. Eu acho que funciona ... Eu acho que a gente passa a se visualizar diferente. Eu acho que deu pra me ver de outro jeito ... Mas de repente, assim parece que tu estás te olhando, né. É o que a gente é que tá ali.”*

A décima primeira sessão também foi a última utilizada para este estudo, pois a participante relatou que iria viajar de férias. Nesta sessão foi observado um aumento ainda mais significativo na frequência de relatos de comportamentos adequados, tendo a participante descrito exemplos de várias situações onde apresentou comportamento adequado sem as respostas de ansiedade que constituíram sua queixa inicial. Nesta sessão foi aplicado novamente o Inventário Beck de Ansiedade.

Resultado da pós-aplicação do Inventário Beck de Ansiedade.

Avaliação dos resultados:

- Respostas eliminadas: dormências e formigamentos; tremor nas pernas; incapacidade de relaxar; medo de acontecimentos ruins; insegurança; apavorada; nervosa; sensação de sufocamento; dificuldade de respirar; indigestão ou desconforto abdominal.

- Respostas reduzidas: coração batendo forte e rápido; tremor nas mãos; sudorese.
- Respostas persistentes: nenhuma das relacionadas na pré-aplicação do Inventário.

Estudo de Caso da Participante P4

Os dados de **P4** foram tratados de acordo com as convenções da terapia comportamental direcionada para o transtorno de ansiedade, segundo as quais o terapeuta faz diversas perguntas à cliente para obter informações acerca da condição comportamental que o fez procurar atendimento psicológico. Assim, foram solicitadas informações sobre o comportamento-queixa, descrições de respostas, condições em que ocorriam, efeitos sobre as pessoas do ambiente e outras, para possibilitar ao terapeuta fazer inferências acerca das relações controladoras entre os eventos ambientais e as respostas disfuncionais. Com estes dados a terapeuta realizou a análise funcional e apresentou o estudo do problema à cliente, discutindo com ela os principais aspectos da intervenção e as técnicas que seriam necessárias para atingir as metas estabelecidas. A descrição da avaliação e da intervenção terapêutica nesse caso será descrita posteriormente

Resultados da pré-aplicação do Inventário Beck de Ansiedade

- Nível Severo: Incapacidade de relaxar; Coração batendo forte e rápido; Apavorada; Nervosa; Sensação de Sufocamento; Dificuldade de respirar; Assustada; Sudorese.
- Nível Moderado: Dormência ou formigamento; Sensações de calor; Tremor nas pernas; Medo de acontecimentos ruins; Confuso ou delirante; Insegura; Tremor nas mãos; Trêmula; Medo de perder o controle; Medo de morrer; Indigestão ou desconforto abdominal; Rubor facial.

- Nível Suave: nenhum.
- Ausente: Desmaios.

Resultados da avaliação comportamental

1. Comportamentos problemáticos:

Aperto no peito e na garganta; falta de ar, fôlego curto; *“dificuldade pra puxar o ar”*;

Disritmia e tremor; câimbra nos pés e no músculo da batata da perna;

Ficar andando, se mexendo; não conseguir ficar parada, não conseguir se deitar;

Chamava logo o A. (noivo) *“imediatamente, qualquer hora do dia, inclusive ele já ficou até dormindo em casa porque me dava crise assim a qualquer hora”*;

Choro por qualquer coisa;

Sensação de morte; sensação de tumulto, de agonia;

Pensamento que ia morrer, pensamento que não ia conseguir chegar viva para buscar socorro *“é uma sensação estranha; pra mim eu ia morrer”*;

Medo de andar de ônibus; *“parece que ia ter um assalto dentro do ônibus, uma vez eu até desci do ônibus”*;

Falta ânimo: *“só quero ficar dormindo; eu ando lento”*.

2. Situações em que ocorriam:

Em casa, de madrugada, de manhã e à noite; no banheiro, no centro espírita; dentro do ônibus, quando a mãe apresenta alguma queixa de dor ou outra.

3. Tentativas de fazer melhorar:

Tomar água imediatamente, apertar as mãos; levantar as mãos pra cima pra puxar o ar, erguer os braços; tomar chá ou leite.

4. Variáveis históricas relacionadas:

- a) doença da mãe. A mãe é portadora de uma doença neurológica que a torna quase totalmente dependente da filha para os cuidados consigo, principalmente no que diz respeito à higiene pessoal. A mãe não aceita que outra pessoa cuide dela.
- b) noivo alcoólatra e diabético; no momento da primeira entrevista o noivo se encontrava há dois anos sem consumir álcool, no entanto não apresentava os cuidados necessários com relação à diabete, a não ser o fato de tomar insulina diariamente.
- c) assalto na residência: *“a minha mãe com isso ficou traumatizada, entrou em depressão, foi pra cadeira de rodas”*
- d) residir em casa alugada;
- e) Irmão mais velho tem síndrome do pânico e depressão;
- e) Estilo de vida: muito exigente contigo mesma; trabalho de manhã e tarde; aos sábados catequese em centro espírita; duas noites por semana freqüentava sessões do centro espírita; pouco tempo para cuidar de si mesma; *“eu me sentia irritada, eu me sentia cansada, muito cansada; eu amanhecia com dores horríveis no meu corpo”*

Procedimento da Intervenção Terapêutica

Após a fase de avaliação, quando foram coletados e analisados os dados sobre a queixa da participante, a terapeuta/pesquisadora procedeu à fase de devolução dos resultados da avaliação para a participante e iniciou a implementação dos passos da intervenção. Inicialmente foi fornecida informação sobre o Transtorno do Pânico, como se desenvolve, sintomas e tratamento, como forma de reeducação, com o objetivo de

assegurar à participante que seus problemas são bastante conhecidos, comuns e que possuem solução (Anexo 12). Em seguida foram ensinadas estratégias de manejo de suas crises, no sentido de controlar as respostas autonômicas. A primeira técnica foi o Treino Respiratório (Anexo 13), que consiste em treinar o cliente a inspirar profundamente, prender a respiração por um tempo e depois ir expirando lentamente, que objetiva normalizar o fluxo de ar nos pulmões da cliente, promovendo uma redução imediata em algumas respostas fisiológicas aversivas. A segunda técnica foi a técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson (Anexo 14), que consiste em contrair e relaxar grupos musculares progressivamente, promovendo um estado de ausência de tensão nos principais músculos envolvidos na ansiedade. Essas técnicas, ensinadas logo no início da intervenção, promovem por si redução no nível de ansiedade, na medida em que permitem à cliente controlar as respostas consideradas incômodas e ameaçadoras, como a taquicardia, falta de ar e sensação de desmaio, que fazem parte do quadro de ansiedade.

Em seguida foi introduzida a Estratégia “ACALME-SE” (adaptada de Beck, Emery e Greenberg, 1985, por Rangé, 1995), que consistiu em treinar a cliente a apresentar respostas necessárias diante de uma crise (Anexo 15). Após este momento a participante foi orientada a realizar o Registro Diário de Respostas Ansiosas (Anexo 16), por meio do preenchimento de uma folha com as situações em que ocorreu ansiedade e as situações foram analisadas sessão a sessão. A partir deste momento se iniciou a intervenção no componente comportamental, por meio da exposição gradual às situações ambientais e às fisiológicas com o intuito de provocar habituação. Nesse caso a exposição foi realizada pela própria participante, por meio de práticas programadas em conjunto nas sessões como trabalho de casa.

Concomitante à análise dos registros de respostas ansiosas e às atividades de exposição, foi dado início ao exame das questões de vida da participante, discutindo questões tais como, concepção pessoal em relação às diversas áreas de sua vida; insatisfações; anseios; contingências controladoras; regras; autoconceito (aceitação, competência, controle); hábitos. Nesta fase foi utilizada a tabela de Esquemas de Desadaptativos Precoces (Young, 1987, citado em Rangé, 1995) (Anexo 17), com leitura e discussão, para examinar padrões comportamentais disfuncionais prevalentes responsáveis pelo estabelecimento de regras incoerentes. Foi também solicitada uma Lista de Desejos (Anexo 18), adaptado de Rangé (1995), onde a participante deveria listar objetivos a serem alcançados a curto, médio e longo prazo, em uma ordem hierárquica, com o objetivo de fortalecer sua adesão às mudanças necessárias e reorientar-se para um modo de vida mais voltado para realizações do que regras. Por fim foram planejadas estratégias de prevenção de recaídas, tais como a identificação clara dos eventos estressores e como evitá-los; identificação objetiva das contingências ambientais e/ou regras que poderiam estar controlando/governando as respostas de ansiedade, no sentido de alterá-las.

Resultado da pós-aplicação do Inventário Beck de Ansiedade.

Avaliação dos resultados:

- Respostas eliminadas: dormências e formigamentos; tremores; taquicardia; sensação de sufocamento; medo de perder o controle; medo de morrer; dificuldade de respirar; rubor facial; confusão.
- Respostas reduzidas: sensações de calor; dificuldade para relaxar; medo de acontecimentos ruins; indigestão ou desconforto abdominal; sudorese.

- Respostas persistentes: nervoso; insegurança; assustada.

Resultados da Participante 4

Para efeito de homogeneização da análise do conteúdo verbal, os relatos da Participante 4 foram organizados em categorias de verbalizações à semelhança da classificação realizada no procedimento utilizado com a Participante 3. Cabe ressaltar que esta forma de classificação não foi apresentada à **P4** em nenhuma circunstância, tendo sido realizada após a conclusão da coleta dos dados, somente para efeitos deste estudo.

Os relatos foram separados nas categorias: “*Comportamentos-queixa*”, que incluiu relatos de aspectos problemáticos de seu comportamento, sintomas fisiológicos, emocionais e comportamentais; “*Variáveis relacionadas*”, que incluiu relatos de condições ambientais, situações onde ocorreram os sintomas, pessoas presentes, aspectos sócio-econômicos e outras condições ambientais provavelmente relacionadas com o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos-queixa; “*Explicações*”, que tratou de relatos de possíveis razões para suas respostas; e “*Proposições*”, esta categoria incluiu os relatos de comportamentos desejados, presentes no repertório da participante antes do início de suas queixas, adquiridos durante a intervenção e a adquirir, ou seja, que ela relatava como proposta de mudança futura (Quadro 6).

Quadro 6. Categorias utilizadas para a análise do conteúdo dos relatos verbais da Participante 4.

Comportamentos- queixa	Variáveis relacionadas	Explicações	Proposições
comportamento, sintomas fisiológicos, emocionais e comportamentais	condições ambientais, situações onde ocorreram os sintomas, pessoas presentes, aspectos sócio-econômicos e outras condições ambientais	possíveis razões para suas respostas	comportamentos desejados, presentes no repertório da participante antes do início de suas queixas, adquiridos durante a intervenção e a adquirir

Análise quantitativa. Primeiramente foi calculada a média da frequência de cada categoria de relatos na entrevistas 1 a 11. Em seguida foi calculada a frequência de cada categoria de relatos em cada entrevista.

A Figura 5 representa a frequência média das categorias de relatos em todas as sessões analisadas. Como podemos observar nesta figura, as categorias de relatos que obtiveram a maior média percentual foram a de “*Comportamentos-queixa*” e de “*Variáveis Relacionadas*”. Relatos de “*Comportamentos-queixa*” alcançaram um

percentual superior à soma das demais categorias e alcançou a maior frequência na oitava sessão e a menor na quinta sessão.

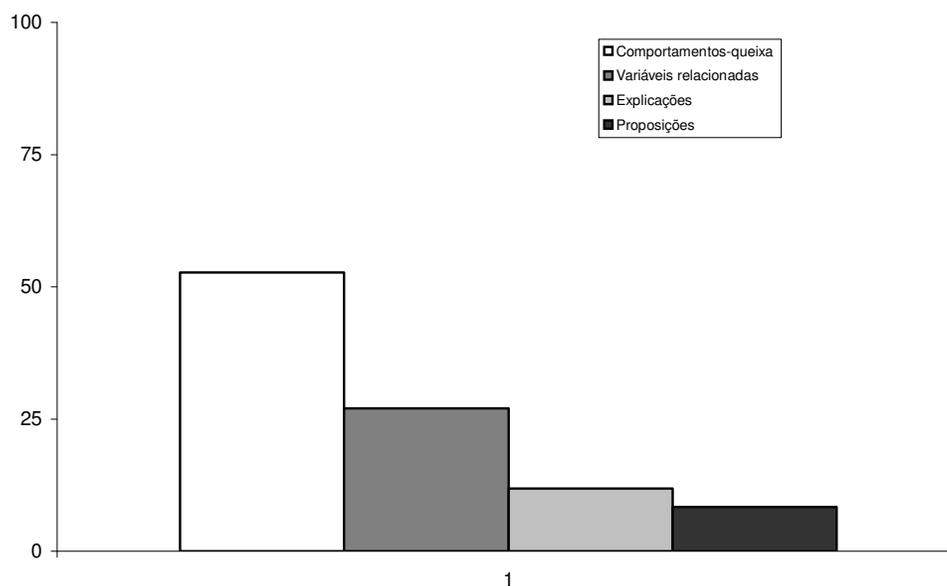


Figura 5. Média da frequência das categorias de verbalizações de **P4**, em todas as entrevistas.

A frequência de relatos das condições ambientais possivelmente relacionadas com os aspectos problemáticos do comportamento da participante (“*Variáveis relacionadas*”) foi a segunda categoria mais frequente e a que apresentou maior variabilidade ao longo das sessões, ficando entre 5% na terceira sessão e 34% na primeira sessão.

A Figura 6 representa a frequência de todas as categorias de relatos da Participante 4 nas sessões de 1 a 11.

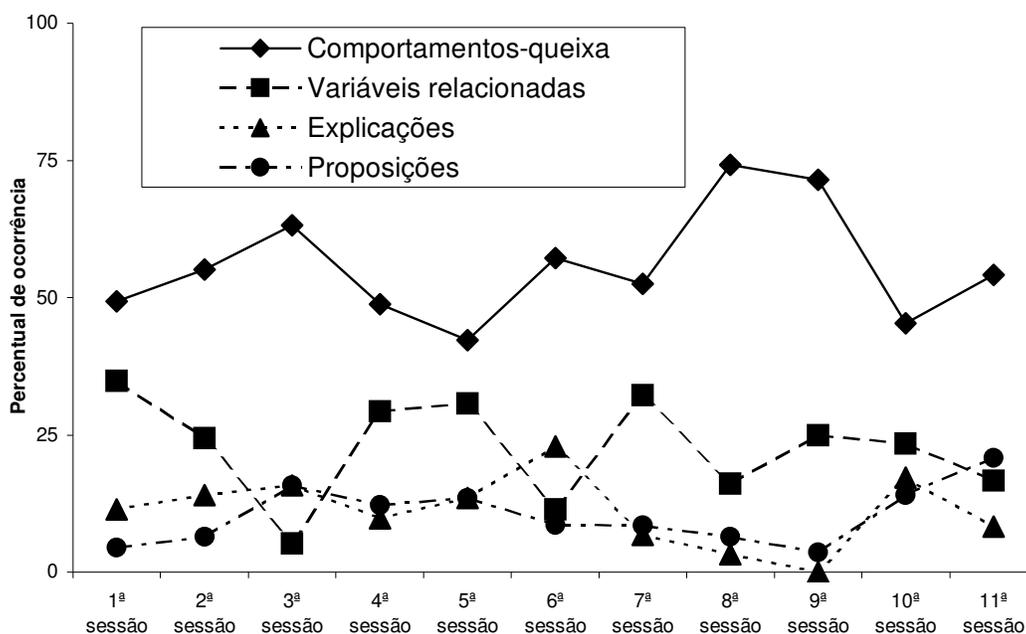


Figura 6. Frequência das categorias de verbalizações de **P4**, nas entrevistas.

A categoria “*Explicações*” apresentou a menor variabilidade, quando comparada com as demais, ficando entre 0% na nona entrevista e 22% na sexta entrevista. A frequência dos relatos de “*Proposições*” foi a mais baixa e manteve esse percentual reduzido ao longo de todas as entrevistas, tendo se igualado ao de “*Explicações*” nas entrevistas 3 e 5, também apresentando pouca variabilidade ao longo das entrevistas.

De uma maneira geral o conteúdo dos relatos desta participante manteve-se constante ao longo das entrevistas, demonstrando o tipo de controle exercido pelo comportamento verbal do pesquisador/terapeuta, permanentemente solicitando relatos descritivos de respostas e variáveis ambientais. A maior frequência de relatos de queixas pode ser um demonstrativo do grau de controle que as respostas fisiológicas e cognitivas tenham exercido sobre o conteúdo verbal da participante durante as entrevistas.

Identificação e Análise das alterações ocorridas nos relatos de P4.

A primeira sessão de atendimento consistiu na coleta de informações acerca do início das queixas e do seu desenvolvimento, procurando-se destacar as condições do ambiente relacionadas com as queixas. Assim destacamos relatos do tipo “*O que me aconteceu ‘foi’ as crises... vai me apertando o peito, uma dor, uma disritmia e um tremor... meus músculos ‘era intocável’, tudo dolorido*” e mais adiante ao ser solicitada a descrever uma situação onde ocorrera uma crise, “*Às vezes eu tava dentro do ônibus... em casa sempre de madrugada... no meu grupo de estudo*”. A cliente também foi solicitada a descrever outras queixas ocorridas anteriormente ao início da crise atual e o que poderia ter ocasionado estas queixas, quando foram obtidos os seguintes relatos: “*Desde o ano passado que eu sinto que eu me modifiquei... eu estava intolerante... eu me irritava com qualquer coisa*” e “*Eu já não agüentava mais, eu já me sentia estourada... muito cansada, às vezes eu não tava dormindo*”. Essas queixas foram relacionadas com as seguintes situações: “*eu já tinha os problemas de casa com a minha mãe... ele é alcoólatra e apareceu com diabetes*” e ainda *Aí veio o roubo na minha casa... a minha mãe ficou traumatizada, foi pra cadeira de rodas*”. Como visto, o relato da cliente foi direcionado pela investigação da terapeuta.

A segunda sessão tinha como objetivo fornecer à participante informação acerca do transtorno do pânico, como se desenvolve, suas causas e como pode ser tratado, o que consiste no primeiro passo de um protocolo de intervenção comportamental para Transtorno do Pânico, desenvolvido pela terapeuta/pesquisadora, com base em Rangé (1995). Observa-se na Figura 6, que houve um aumento na frequência de relatos de todas as categorias, com exceção de “*Variáveis relacionadas*”. Todas as sessões a partir

da segunda iniciaram com um levantamento da semana desde o último atendimento, geralmente iniciando com a pergunta “*Como foi sua semana?*” ou “*Como você tem se sentido nestes últimos dias?*”. Como se tratava do início do tratamento, ainda foram muito freqüentes relatos de queixas relacionadas a eventos ambientais, assim observamos um aumento na freqüência da categoria de “Comportamentos-queixa”. Foi observado também um aumento na freqüência dos relatos da categoria “*Explicações*”, devendo-se ao fato da cliente relacionar o desenvolvimento de seu problema com seu estilo de vida, por exemplo, “*Eu fui a única mulher e última filha... meu pai desencarnou eu tava com treze anos... meu irmão casou logo depois... o meu outro irmão foi embora trabalhar numa carreta*” e “*Eu só fui acostumada a cuidar da minha mãe... nunca me cansei, nunca me chateeí*” e ainda “*Eu me preocupo com tudo... com a luz, com a água, com a comida...*”. Nesta sessão foi passada uma tarefa para a participante realizar em casa. Tratava-se do “Registro Diário de Respostas Ansiosas” (Anexo 16) um quadro onde a participante deveria registrar as situações quando ocorreram respostas ansiosas, relacionando as emoções sentidas, os pensamentos e os efeitos sobre o ambiente.

Na terceira sessão, o objetivo foi o de introduzir o Treino Respiratório (Rangé, 1995) (Anexo 13) e a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (1938, citado em Rangé, 1995) (Anexo 14). Os relatos obtidos de queixas limitaram-se a um evento crítico ocorrido imediatamente antes da sessão, dentro do ônibus, na vinda para a consulta. Esta sessão foi onde se obteve menor freqüência de relatos de “Variáveis relacionadas” e o maior número de relatos de “Proposições” do que nas demais sessões, devendo-se isso, possivelmente, ao fato da cliente descrever suas tentativas de manejar a crise, por exemplo “*Fui tirando as coisas do meu pensamento...*”

tomei água de coco bem devagar”. O restante da sessão foi ocupado na análise daquele evento ocorrido no ônibus.

Na quarta sessão foram trabalhados os aspectos da técnica verbal denominada A.C.A.L.M.E.-S.E. (Anexo 15), que é uma estratégia de manejo de crises, onde são descritos, passo a passo, os comportamentos que são necessários durante um crise. Nesta sessão foram analisados os registros feitos pela participante na Folha de “*Registro Diário de Respostas Ansiosas*” (Anexo 16). Esta sessão constou de relatos de situações ocorridas na semana anterior ao atendimento, onde a cliente apresentou respostas sintomáticas de ansiedade, tais como “*ontem me deu medo*”, “*Domingo me deu um negócio... eu estava pálida, falta a minha respiração*” e respostas às solicitações da terapeuta de tentativas de sair da crise, tais como, “*eu me sentei na poltrona, levantei as pernas e relaxei*”. Ao final desta sessão a terapeuta entregou uma folha denominada “Lista de Desejos” (Anexo 18) e solicitou que a participante a preenchesse em casa e trouxesse na próxima sessão. Esta folha constava de um registro de objetivos que a participante desejava alcançar e o que poderia fazer pra alcançá-los.

Na quinta sessão houve a continuidade da análise dos registros de respostas ansiosas da última semana, onde se observou a menor frequência de relatos de “*Comportamentos-queixa*”, comparado com as demais sessões. Houve um pequeno aumento da frequência de relatos de “*Variáveis relacionadas*”, provavelmente sob controle das solicitações da terapeuta para descrições das situações onde as respostas ansiosas ocorreram. Foi cobrada da participante o registro da “Lista de Desejos”. Tais relatos foram observados na Categoria “*Proposições*”.

Na sexta sessão observou-se a maior frequência da Categoria “*Explicações*” do que nas demais sessões. Houve uma diminuição na frequência de “*Variáveis*

relacionadas” e “*Proposições*”. Nessa sessão foi utilizada uma técnica cognitiva desenvolvida por Young (Young, 1987, em Rangé, 1995) (Anexo 17). Este fato pode explicar a variação observada nas categorias. Esta técnica requer que a participante identifique aspectos de seu comportamento em geral, ou estilo de vida, que poderiam estar relacionados com o desenvolvimento de seus problemas atuais.

Na sétima sessão, foi trabalhado especificamente um aspecto do ambiente da participante relacionado com suas dificuldades. Tal aspecto era o seu relacionamento com o noivo, que durava quinze anos e que se apresentava bastante tumultuado devido ao problema com as doenças apresentadas pelo noivo ao longo de seu relacionamento, como por exemplo, ter ficado desempregado, e por isso ter se tornado alcoólatra, ter perdido um outro emprego por causa da bebida, ter adquirido tuberculose e ter parado de beber por causa da doença, apresentou crises de abstinência e nessas crises ficava na casa da participante, logo em seguida foi detectado que ele sofria de diabetes, o que ocasionou uma mudança no humor do noivo, pois ele rejeitava a doença.

Sobre essas questões relativas ao seu noivo, a participante relatava “*Eu não agüentava mais, às vezes eu tomava Lexotan sem prescrição média pra ver se eu conseguia dormir... Era horrível, aquilo me abalava*”, por sua vez apresentou o seguinte relato como outra das possíveis razões pra suas queixas: “*Eu tenho certeza que eu adquiri tudo isso porque eu sofria muito*” e um objetivo “*Eu preciso tratar disso*”.

Na oitava sessão, observa-se um aumento na freqüência de relatos na categoria “*Comportamentos-queixa*”, a maior de todas as sessões. A participante relatou uma espécie de recaída em seu estado, tendo apresentado uma crise de ansiedade bastante forte na noite anterior à consulta. Houve vários relatos de sintomas físicos, cognitivos e comportamentais de ansiedade, no entanto a participante fez relatos de tentativas para

controlar-se, “*Mas eu me controlei*” e “*Eu procurei ficar tranqüila, porque eu estou trabalhando pra isso*”.

Na nona sessão foram analisados ainda relatos de ocorrências de respostas de ansiedade, de acordo com os registros na folha para tal. Esta sessão ocorreu após uma interrupção de dois meses do atendimento devido a diversas intercorrências com a terapeuta e com a cliente. Neste intervalo a cliente casou-se, o marido voltou a beber e a mãe piorou de seu estado de saúde e por isso a participante estava dormindo no quarto com ela. Os relatos da participante foram centrados nestes fatos e nas suas reações. Não houve relatos na categoria “*Explicações*” e observou-se a menor frequência da categoria “*Proposições*”.

Na décima sessão observa-se uma certa regularidade entre as frequências de categorias, nenhuma tendo prevalecido sobre as demais. A maior frequência foi de “*Comportamentos-queixa*”, relacionados a uma crise ocorrida poucos dias antes da sessão, cuja razão dada pela participante foi mais uma piora no estado de saúde da mãe. Foi a segunda maior ocorrência dos relatos de “*Proposições*”, com a cliente relatando como se comportava antes de apresentar o transtorno e manifestando seu desejo de mudar aquela situação, relatos de comportamentos adequados no passado e futuros a serem adquiridos com a continuidade do tratamento.

Na décima primeira sessão permaneceu a frequência alta de relatos de comportamentos-queixa, no entanto observou-se a maior frequência de relatos na categoria “*Proposições*”, principalmente relacionado ao fato de ter conseguido evitar uma crise de pânico e apresentar as respostas necessárias tanto para o controle da crise quanto para a solução da situação responsável por ela. Outro aspecto que foi bastante discutido nesta sessão foi a relação com o marido e seus esforços em preservar o

relacionamento apesar de sua própria problemática e dos cuidados com a mãe, o que pode ter contribuído para que a participante apresentasse mais relatos de comportamentos adequados.

Convém ressaltar que a problemática da participante persistiu com diversas recaídas ao longo do tratamento. Ao final deste estudo a mesma não apresentava mais sintomas do Transtorno do Pânico, porém permaneceram os aspectos depressivos da síndrome e alguns estados ansiosos causados por eventos ambientais estressantes, tais como o relacionamento com o marido e as oscilações no quadro de doença da mãe.

DISCUSSÃO

De acordo com Sandler e Davidson (1973), a ansiedade sempre foi um tema constantemente recorrente na literatura clínica para o entendimento do comportamento chamado desajustado. Esta constatação justifica a escolha do comportamento queixa no presente estudo. Como em outras espécies, humanos parecem ser programados para responder a certas situações com reações fisiológicas inatas (Maser & Seligman, 1977). À medida que amadurecem, as experiências vividas ou observadas modificam grandemente aqueles mecanismos inatos que originalmente evocavam a ansiedade, de forma que, em adultos, tais mecanismos são obscurecidos por comportamento aprendido. Este fato explica porque intervenções de base comportamental apresentam alto índice de sucesso neste tipo de transtorno.

Observações clínicas de transtornos ansiosos indicam que eles são complicados por uma alta incidência incomum de problemas interpessoais (Maser & Seligman, 1977), como pode ser observado nos casos estudados no presente trabalho.

O papel desempenhado pela ansiedade nas dificuldades apresentadas por pessoas em situações sociais foi estudado por Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005). Os autores sugerem que os déficits de desempenho social podem ser explicados pelo efeito inibidor da ansiedade sobre o comportamento assertivo, sendo necessária uma intervenção terapêutica para diminuí-la, a fim de obter um aumento na assertividade. A relação entre a ansiedade e dificuldades interpessoais foi observada mais especificamente nas participantes 1 e 3.

A terapia comportamental nos transtornos ansiosos se utiliza de uma série de técnicas operantes (retirada de contingências mantenedoras; saciação; esmaecimento; feedback; contra-condicionamento; modelação) e respondentes (Exposição ao vivo;

Dessensibilização sistemática; Inundação; Implosão; Condicionamento aversivo; Contra-condicionamento; Esmacimento), para reduzir respostas indesejáveis. Assim como pode utilizar diferentes métodos para aumentar a frequência de comportamentos desejáveis, tais como, Modelagem; Regras e Instruções; Autocontrole; Imitação; Contracondicionamento; Economia de fichas; Controle de contingências, por meio de procedimentos verbais e não verbais (Rimm & Masters, 1983).

Segundo Krasner e Ullman (1972), em psicoterapia ocorrem mudanças significativas no comportamento verbal que têm conseqüências para outras formas de comportamento, logo, uma modificação sistemática da própria verbalização seria tratamento. Assim, justifica-se a utilização de um procedimento de condicionamento verbal objetivando alcançar os mesmos objetivos da terapia comportamental.

A meta central da terapia comportamental é levar o cliente a desenvolver autoconhecimento, o que implica numa discriminação e descrição de seu próprio comportamento e das variáveis das quais é função. O papel do terapeuta é ajudar o indivíduo a atingir este objetivo, modelando seu comportamento verbal para obter descrições precisas de respostas e contingências que lhe permitam realizar a análise funcional e ensinar o cliente a fazer o mesmo.

Na terapia comportamental de cunho behaviorista radical, tal como apresentada neste estudo, são utilizadas técnicas operantes e respondentes, que agem sobre as respostas do cliente de maneira direta ou indireta. As derivações desenvolvidas a partir da terapia comportamental, como os modelos descritos na introdução deste trabalho, utilizam com maior frequência procedimentos verbais aplicados durante a sessão terapêutica para levar o cliente a alcançar autoconhecimento e autocontrole, nos quais a

análise funcional das respostas que o cliente quer modificar pode não ser necessária. Seu foco é a interação entre terapeuta e cliente.

Na terapia comportamental behaviorista radical, além da análise funcional do repertório comportamental da cliente, podem ser utilizadas escalas de avaliação como o Inventário de Ansiedade de Beck, com a função de confirmação do suposto diagnóstico, e verificação do estado inicial e final da cliente, tendo também funcionado como estímulo discriminativo para a emissão de outros relatos significativos.

Os instrumentos utilizados no caso da Participante 4, são procedimentos verbais baseados no condicionamento respondente cujo efeito principal foi o de descondicionar respostas fisiológicas desagradáveis, favorecendo a discriminação por parte da participante destas respostas e seu conseqüente controle.

À medida que a participante conseguia controlar algumas respostas indesejáveis com o Treino Respiratório, por exemplo, ou com o Relaxamento, ocorreu uma redução no sentimento de ansiedade antecipatória, que costuma ocorrer independente de um ataque isolado ou situação específica. Da mesma forma, respostas de esquiva tenderam a diminuir e respostas adaptativas de enfrentamento foram desenvolvidas em situações ansiogênicas. Os procedimentos utilizados tinham como premissa básica o descondicionamento de respostas indesejáveis através da emissão de respostas incompatíveis pareadas com aquelas.

O procedimento de coleta e análise de conteúdo verbal desenvolvido por Bori e cols (1978) foi utilizado neste estudo com o objetivo de identificar a natureza e a origem das dificuldades de indivíduos portadores de transtornos de ansiedade por meio de um procedimento estruturado para criar condições para que o indivíduo fornecesse informações necessárias e identificasse a origem e a natureza das suas dificuldades. A

interferência do terapeuta durante seus contatos era restrita a estimular a cliente a verbalizar, e a categorizar as falas para rerepresentá-las na forma de registros.

O comportamento verbal da terapeuta-pesquisadora era uma parte do processo de solução de problemas que a participante trouxe, no qual a devolução dos relatos da participante, organizados e categorizados, sessão a sessão, funcionou como estímulo discriminativo verbal para que a participante emitisse respostas relacionadas à solução de suas dificuldades, e gradualmente discriminando, por meio da categorização, a relação entre as verbalizações e as variáveis relevantes para a queixa.

Segundo Catania e Shimoff (1998) é possível mudar o comportamento humano modelando o comportamento verbal ao invés de modelar diretamente o comportamento não verbal alvo da intervenção. Estudos nesta linha demonstraram que um treino em correspondência verbal/não verbal pode ser uma estratégia eficaz para promover a ocorrência de comportamento não verbal alvo.

Pode-se inferir que o Método Bori, que manipulou o comportamento verbal, gerou relatos consistentes e sensíveis às mudanças na situação do comportamento problema, proporcionando condições para que a participante analisasse seu próprio comportamento verbal e identificasse as inter-relações do conteúdo. No estudo de Simão (1992), os resultados mostraram que as alterações nas inferências do sujeito, ao longo de sucessivas interações, envolviam o estabelecimento de relações generalizantes entre classes de eventos do fenômeno-tema, levando à construção de conhecimento.

No presente estudo, relação entre terapeuta-pesquisador e participante-cliente, o comportamento da primeira se orientou pelo comportamento da segunda e, reciprocamente, a participante orientou seu comportamento pelo da pesquisadora. De acordo com Tunes e Simão (1998), o participante seleciona aspectos de sua realidade

enquanto o pesquisador organiza os conteúdos para criar condições para o surgimento de novos relatos.

As classes de comportamento foram extraídas a partir do conteúdo dos relatos da participante a cada sessão. Os registros das verbalizações e sua análise foram elaborados com formatos variados, com adaptações em algumas sessões para favorecer uma melhor compreensão, por parte da participante, dos objetivos da terapeuta/pesquisadora. Por exemplo, duas categorias distintas “Proposições” e “Comportamentos Ideais”, estavam relacionadas e foram substituídas uma pela outra em algumas análises. Sendo que a categoria “Proposições” referia-se a relatos de comportamentos desejados que a participante gostaria de desenvolver em seu repertório, não necessariamente relacionados com as categorias de comportamento-queixa. Por outro lado, a categoria “Comportamentos Ideais” incluía descrições de comportamentos desejados que a cliente apresentava em seu repertório incompatíveis com o comportamento-queixa, porém com intensidade e frequência insuficientes para substituí-los .

Por meio da classificação de seu conteúdo verbal a participante foi capaz de discriminar as condições que controlavam suas respostas a partir de seu próprio relato, reorganizado sessão a sessão.

Nesse procedimento, a pesquisadora/terapeuta permitiu o relato livre da participante, com mínima interferência verbal. Durante a primeira entrevista, o comportamento verbal das participantes **1** e **3** ficou sob controle de seu próprio comportamento verbal, aberto e encoberto, e posteriormente, a partir da segunda entrevista, o controle de seu comportamento verbal se transferiu para o conteúdo classificado em categorias pela pesquisadora-terapeuta a partir do conteúdo de seu relato verbal na sessão anterior.

O papel da pesquisadora/terapeuta foi o de analisar o conteúdo verbal, apresentar essa análise à participante e deixar para ela a tarefa de alterá-lo conforme ia sendo exposto à classificação feita pela pesquisadora/terapeuta.

Os resultados indicam que a apresentação para a participante da categorização de seu relato, ficando exposta, assim, ao seu próprio comportamento, analisado pela pesquisadora-terapeuta, provavelmente aumentou sua discriminação das contingências que controlavam seu comportamento a partir de seu próprio relato organizado em categorias. Este aspecto pode ser observado nas alterações que a cliente apresentava em seu relato na medida em que era exposto a ele nas entrevistas. Pode-se, portanto, sugerir que o procedimento gerou autoconhecimento e autocontrole, aumentando a probabilidade de emissão de respostas de solução de problemas.

De acordo com Skinner (1953), o que caracteriza uma situação problema é o fato de o indivíduo não poder emitir, de forma direta e imediata, uma resposta solução, embora esta resposta tenha probabilidade de ser emitida sob certas condições. Para aumentar a probabilidade de que a resposta solução seja emitida, o indivíduo precisa apresentar outras respostas que modificarão seu próprio comportamento ou a própria situação em que se encontra, criando condições para que a resposta solução ocorra.

Para solucionar um problema, é necessária a alteração de relações funcionais entre resposta e meio ambiente. A Participante 3, por exemplo, mudou algumas de suas reações ao comportamento de familiares e colegas de trabalho, ocasionando uma alteração nesses eventos, que propiciaram a emissão de respostas adaptativas de solução de algumas de suas dificuldades de interação.

No contexto clínico, é papel do terapeuta ampliar as condições de estimulação do cliente para propiciar as alterações comportamentais necessárias para solução de seus

problemas. Neste estudo, as condições de estimulação dispostas pela pesquisadora/terapeuta, por meio da apresentação das análises dos conteúdos verbais da participante, aparentemente contribuíram para o aparecimento de relatos de comportamentos desejáveis e colocou o comportamento da participante sob controle de condições favoráveis à solução de seus problemas.

No procedimento adotado neste estudo, com base em Bori & cols. (1978), a pesquisadora-terapeuta estabeleceu um arranjo de estímulos por meio da reapresentação categorizada dos relatos da participante para favorecer o aparecimento de respostas com probabilidades de solução de problemas. Assim, as respostas verbais da participante alteraram a relação funcional de suas respostas não verbais problemáticas com seu meio-ambiente que, em contrapartida, se alterou, permitindo a emissão de outras respostas, e assim sucessivamente até atingir a solução desejada. A função das respostas verbais da participante na alteração de suas respostas não verbais problemáticas dependeu da natureza das alterações sofridas por meio do procedimento adotado pela pesquisadora/terapeuta.

No procedimento adaptado de Bori e cols. (1978), não foi necessário todo o esforço investigativo por parte da pesquisadora/terapeuta, nem de estudo do problema e da apresentação para a participante da sua formulação e plano terapêutico, procedimento característico da terapia comportamental.

No contexto da intervenção terapêutica de base comportamental, com a Participante 4, a pesquisadora/terapeuta forneceu estímulos discriminativos verbais (perguntas) visando dirigir o comportamento verbal do cliente para temas relacionados com a sua problemática e forneceu reforçamento diferencial seletivo (feedback),

objetivando alterar ou manter os relatos considerados relevantes, apenas registrando outros relatos.

Nessa interação, a pesquisadora-terapeuta colheu os dados e os organizou para produzir uma versão do relato em termos de relações de contingências. Em seguida a pesquisadora-terapeuta passou a apresentar os estímulos verbais discriminativos para a participante discriminar as contingências que controlavam seu comportamento, o que foi obtido pelas formulações realizadas e descritas para a participante. As lacunas das descrições, tanto de comportamentos quanto de contingências, deixadas em branco no relato das Participantes **2** e **4** eram preenchidas imediatamente pelas solicitações da pesquisadora/terapeuta ao longo da entrevista.

O relato das participantes submetidas à terapia comportamental, em certa medida, seguiu o curso dado pela terapeuta-pesquisadora. O comportamento de relatar das Participantes **2** e **4** ficou dependente do comportamento da pesquisadora-terapeuta no momento da entrevista.

Foram observadas diferenças nas frequências das categorias de relatos das participantes entre os dois procedimentos utilizados a partir da primeira sessão. O comportamento verbal da terapeuta/pesquisadora nas sessões foi o fator mais fortemente relacionado com as mudanças, pois a mesma direcionava o relato da participante para obter informações em um procedimento e no outro sua atuação se dava com a devolução do produto final do relato, devidamente categorizado, no início da sessão subsequente.

Foram observadas variações nas classes de conteúdo verbal da Participante **3**, submetida ao Método Bori, à medida que o procedimento ia sendo aplicado. Foi possível observar durante o processo que, no início da interação, a participante apresentou precárias descrições de relações entre os conteúdos verbais de seu relato.

Tais categorias não aparecem nas primeiras sessões de entrevista. Entretanto, o relato foi se tornando gradualmente mais completo, ou seja, a participante passou a apresentar verbalizações cujos conteúdos se inter-relacionavam. O procedimento de classificação da fala em categorias, tornou possível a obtenção de material verbal mais próximo das contingências. Na medida em que a participante entrava em contato com os estímulos verbais de seu próprio relato, quando descrevia comportamentos e variáveis relacionadas, foi possível levar ao estabelecimento, por parte do participante, de relações entre as classes de seus conteúdos verbais (solução da dificuldade).

Os resultados indicam que no procedimento desenvolvido por Bori e cols. (1978), as verbalizações da Participante **3** não ficaram sob controle de intervenções verbais da pesquisadora/terapeuta durante a entrevista, no mesmo grau que na intervenção terapêutica comportamental utilizada no caso da Participante 4. Na primeira entrevista, ao ser ouvinte de si mesmo, a Participante **3** poderia estar sob controle de diversas e indeterminadas variáveis, possivelmente históricas e presentes. Porém, a partir da segunda entrevista, quando a terapeuta/pesquisadora apresentava a classificação em categorias do conteúdo de seu relato verbal da entrevista anterior, os estímulos discriminativos eram os registros feitos pela pesquisadora/terapeuta.

Na primeira entrevista, a terapeuta/pesquisadora usou uma técnica não diretiva, e a partir da segunda entrevista, os estímulos discriminativos verbais textuais se configuraram a partir dos conteúdos apresentados pela Participante **3**, categorizados pela terapeuta/pesquisadora de forma a permitir à participante realizar uma análise funcional de seu relato verbal e dos próprios problemas – comportamentos-queixa.

No Método Bori, o papel da terapeuta-pesquisadora foi o de analisar o conteúdo verbal, deixando para a Participante **3** a tarefa de alterá-lo conforme ia sendo exposta à classificação feita pela terapeuta/pesquisadora.

A apresentação para a Participante **3** da categorização de seu relato (exposição ao seu próprio comportamento), levou-a a discriminar as contingências que controlavam seu comportamento a partir de seu próprio relato e a emitir descrições de comportamentos desejáveis – autoconhecimento - para a solução de suas dificuldades – autocontrole.

Na terapia de orientação comportamental somente se o terapeuta apresentar os estímulos discriminativos verbais durante a entrevista, o cliente poderá ficar sob controle destes eventos para discriminar as contingências que controlam seu comportamento.

Em pesquisas sobre conteúdo de relatos verbais é necessário que o pesquisador propicie condições para obter relatos mais precisos e completos. Essas condições são propiciadas na medida em que a situação do participante possa ser, também, caracterizada como típica de solução de problema, isto é, que certa variabilidade comportamental seja esperada a partir da qual possam ser selecionados comportamentos de solução dos problemas.

O participante, ao entrar em contato com os estímulos verbais discriminativos produzidos pelo pesquisador, poderá fornecer mais informações acerca de seu comportamento e variáveis que sirvam de base para o trabalho do pesquisador de produzir novos estímulos discriminativos e reforçar o comportamento de fornecer informações.

No Método Bori, a participante passou a emitir relatos relevantes para preenchimento das lacunas presentes na análise do conteúdo verbal feita pela pesquisadora/terapeuta e apresentada à participante, no momento que entrava em contato com seu comportamento verbal transcrito e organizado pela terapeuta/pesquisadora.

No procedimento da terapia comportamental a participante foi instigada pela terapeuta-pesquisadora a emitir comportamento verbal relevante no momento em que estava se comportando verbalmente na sessão. Quando ela falhava em emitir, por exemplo, descrições de contingências ambientais, a terapeuta/pesquisadora fornecia os estímulos verbais discriminativos que podiam levar à emissão do relato desejado.

Com os dados obtidos já foi possível alguma avaliação da eficácia do procedimento desenvolvido por Bori e Cols (1978), para a solução de dificuldades de indivíduos portadores de transtorno de ansiedade, em comparação com a abordagem comportamental direcionada à ansiedade.

O procedimento mostrou-se um instrumento eficaz para promover alterações comportamentais a partir do contato do falante com seu próprio comportamento verbal. O comportamento verbal da participante mostrou modificações graduais, por exemplo, nas categorias de comportamento-queixa e relatos de comportamentos desejados. A participante passou a apresentar mais relatos de proposições, digamos, comportamentais, à medida que ia reduzindo relatos de explicações possíveis.

A ação intencional e planejada da pesquisadora/terapeuta ao categorizar e rerepresentar o conteúdo verbal da participante proporcionou a esta o conhecimento necessário sobre o tema em estudo, no caso o comportamento-queixa, possibilitando que ela própria formulasse proposições de mudanças.

O procedimento mostrou poder ser útil com pessoas portadoras de transtornos de ansiedade cujos estudos têm sido apresentados dentro do modelo médico e métrico, com base em escalas diagnósticas e intervenções médicas padronizadas correntes, na maioria dos casos, prolongadas e pouco eficientes.

Neste trabalho procurou-se mostrar um novo modelo de intervenção terapêutica comportamental, dentro da análise do comportamento, capaz de promover as mudanças necessárias dos comportamentos problemas, apresentando um estudo de caso que utilizou o método da devolução de conteúdo verbal como alternativo.

É importante atentar para a possibilidade de complementaridade entre modelos que utilizam a metodologia de análise de comportamento verbal em interações livres e aqueles que utilizam a metodologia experimental em laboratório. Esta complementaridade não significa colocar sob avaliação o *status* de cada modelo proposto, mas sim a contribuição dos resultados obtidos para a compreensão científica do comportamento humano.

O estudo permite também mostrar a importância da pesquisa com relatos verbais em interações livres e contínuas, como é o caso da relação terapêutica no enfoque da análise do comportamento e aponta um outro aspecto importante deste tipo de estudo, voltado para a interação verbal terapeuta-cliente, destacando as contingências em vigor no momento da interação, assim como as históricas, relacionadas com o comportamento verbal de ambos, bem como a relação relato-relatado.

O estudo também poderá contribuir para resolver algumas dificuldades metodológicas envolvidas no estudo do comportamento verbal contínuo, mostrando que uma preparação fora do laboratório e da situação relatada pode permitir controle e manipulação de variáveis relacionadas com o comportamento verbal contínuo, onde o

pesquisador tem seu comportamento direcionado pelo comportamento do sujeito, jogando luz sobre o que pode funcionar para produzir mudanças tanto no relato quanto no comportamento relatado.

Como implicações do presente estudo para uma possível generalização dos resultados citamos o fato de ser um conjunto de quatro estudos de caso, e a comparação entre eles só pode ser feita com muita cautela, pois os participantes são sujeitos experientes e com histórias diferentes. Se, por um lado, o registro escrito facilita a análise dos dados, por outro, a interação clínica conserva todas as suas idiossincrasias, o que dificulta a generalização, da mesma forma como com outros procedimentos clínicos.

Segundo Néri (1987), a variabilidade e a generalidade dos dados na pesquisa são problemas básicos a todas as ciências naturais. No entanto, segundo a autora, a variabilidade não pode ser anulada pela amostragem estatística, visto que o comportamento está sujeito a alterações provenientes de diversas fontes do contexto e do próprio organismo. No estudo de casos únicos, a generalidade pode ser alcançada a partir da possibilidade de se obter resultados que possam ser comparados entre sujeitos por meio da replicação de procedimentos ou de medidas.

Existem justificativas metodológicas, práticas e éticas para a realização de estudos de casos únicos, as quais devem ser levadas em consideração no contexto sócio-histórico em que se inserem, quando um profissional deseja alcançar as exigências científicas e terapêuticas em sua prática clínica. Mesmo na impossibilidade de estudo experimental, a comparabilidade dos estudos pode ser evidenciada à medida que relatos de novos casos com a aplicação de um dado modelo corroborem os existentes na literatura.

A indicação de efetividade do modelo de devolução do relato verbal (Bori e cols., 1978) para a solução de problemas de ansiedade poderia funcionar como um estímulo para a difusão de seu uso. Trata-se de um modelo de intervenção que foi criado por cientistas brasileiros e que responde às necessidades da análise do comportamento de lidar com comportamento complexo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, F. (2001). Método clínico: método clínico? Psicologia: Reflexão e Crítica, 4, 609-676.
- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andery, M. A. P. A. (2001). Notas para uma revisão sobre comportamento verbal. Em Guilhardi, H. J. e cols. (Org.). Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade, v. 7, p. 372-386.
- Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 7, 327-331.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L. & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. Estudos de Psicologia, 22 (2), 111-121.
- Barcellos, A. B. & Haydu, V. B. (1995). História da psicoterapia comportamental. Em Rangé, B. (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. Campinas, SP: Editorial Psy.
- Beck, A. T. (1967). Depression. New York: Hoeber- Harper.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery. G. (1982). Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Beck, A. T. Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. Journal of consulting clinical psychology, 56, 893-897.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. American Psychologist, 46, 4, 368-375.

Beckert, M. E. (2001). A partir da queixa, o que fazer? Correspondência verbal-não verbal: um desafio para o terapeuta. Em H. J. Guilhardi (Org.) Sobre comportamento e cognição, 7, 217-226, Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Beckert, M. E. (2005). Correspondência verbal/não-verbal: pesquisa básica e aplicações na clínica. Em Abreu-Rodrigues, J. e Ribeiro, M. R. (Org.). Análise do comportamento: pesquisa teoria e aplicação. Porto Alegre: Artmed.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001) Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. Journal of Clinical Psychology, 57, 243-255.

Bori, C. M., Botomé, S. P., De Rose, J. C. C. & Tunes, E. (1978). Desempenho de professores universitários no levantamento e caracterização de problemas de ensino: descrição de um procedimento. Anais da VIII Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, pp. 213-214. Ribeirão Preto, SP: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Campos, L. F. L. (1995). Terapia racional-emotiva-comportamental. Em B. R. (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. Campinas, Sp: Editorial Psy.

Catania, A. C., Mathews, B. A. & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 38, 233-399.

Catania, A. C. & Shimoff, E. (1998). The experimental analysis of verbal behavior. The Analysis of Verbal Behavior, 15, 97-100.

Catania, C. A., Matthews, B. A. & Shimoff, E. H. (1990). Properties of rule-governed behaviour and their implications. Em: D. E. Blackman & H. Lejeune (Eds.) Behaviour analysis in theory and practice, pp. 215-230. Hillsdale, NJ: Erlbaun.

Day, W. (1982). Methodological problems in the analysis of behavior controlled by private events: some unusual recommendations. Em S. Leigland (Org.) Radical behaviorism: Willard Day on psychology and philosophy, cap. 8, pp. 165-170. Reno, NV: Context Press.

De Rose, J. C. (1997). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em R. A. Banaco (Org.) Sobre comportamento e cognição, 1, pp. 148-163. Santo André: Arbytes Editora.

Dobson, K. S. & Franche, R. L. (1996). A prática da terapia cognitiva. Em V. E. Caballo (Org.) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento, São Paulo: Editora Santos, pp 441-470.

Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. The Behavior Analyst, 16, 269-270.

Dougher M. J. & Hayes, S. C. (1999) Clinical behavior analysis. In Michael J. Dougher (Ed.) Clinical Behavior Analysis, Reno, Nevada: Context Press, p. 11-26.

Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rhéume, J., Ladouceur, R. & Dugas, M. J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations. Behaviour Research and Therapy, 39, 1249-1255.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. & Grieger, R. (Org.) (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New York: Pergamon Press.

Forsyth, J. P. (2000). A process-oriented approach to the etiology, maintenance and treatment of anxiety-related disorders. Em Dougher, M. J. Clinical Behavior Analysis. Reno: Context Press. p. 153-180.

Gimenes, L. S., Laying, T.V. J.& Andronis, P. T. (2003). Contribuições de Israel -Goldiamond para o desenvolvimento da análise do comportamento. Em Brandão, M. Z. S. & cols. (Org.) Sobre comportamento e Cognição: A História e os Avanços, a seleção por contingências em ação.V. 11. Santo André, SP: ESETEC.

Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. Behaviorism, 2, 1-84. Reprinted in (2002). Behavior and Social Issues, 11, 108-197.

Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1973). Clinical Behavior Therapy. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Guedes, M. L. (1993) Equívocos da terapia comportamental. Temas em Psicologia, 2, 81-86.

Greene, D. M. & Bry, B. H. (1991) A descriptive analysis of family discussions about everyday problems and decisions. The Analysis of Verbal Behavior, 9, 29-39.

Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communication model. Behaviour Research and Therapy, 40, 551-570.

Hackenberg, T. D. & Joker, V. R. (1994). Instructional versus schedule control of human's choice in situations of diminishing returns. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 62, 367-383.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In Jacobson, N. S. (Ed.). Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives. New York: Guildford.

Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experimental avoidance. The Behavior Analyst, 17, 289-303

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. Behavior Research and Therapy, 44, 1, 1-25.

Hayes, S. C., Masuda, A. & De Mey, H. (in press). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavioral Therapy).

Hübner, M. M. C. (1997a). Conceituação do comportamento verbal e seu papel na terapia. Em Banaco, R. A. (Org.). Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos e metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista, v. 1, São Paulo: ARBytes. pp.277-281.

Hübner, M. M. C. (1997b). Comportamento verbal e prática clínica. Em Banaco, R. A. (Org.). Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos e metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista, v. 1. (pp.385-394). São Paulo: ARBytes.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kohleberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In Jacobson, N. S. (Ed.). Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives. (pp.388-443). New York: Guildford.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993) The dimensions of clinical behavior analysis. The Behavior Analyst, 16, 271-282.

Kohlemborg, R. J. & Tsai, M. (2006). Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas. Santo André: ESETEC.

Krasner, L. & Ullman, L. P. (1972). Pesquisas sobre modificação de comportamento. São Paulo: Herder.

Lattal, K. A. & Neef, N. A. (1996) Recent reinforcement-schedule research and applied behavior analysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 29, 213-230.

Lega, L. I. (1996). A terapia racional-emotiva: uma conversa com Albert Ellis. Em Caballo, V. E. (Org.). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. (pp 425-440). São Paulo: Editora Santos.

Leigland, S. (1998). The methodological challenge of the functional analysis of verbal behavior. The Analysis of Verbal Behavior, 15, 125-127.

Leite, S. M. C. S. (2000). Transtornos de ansiedade: estratégias de intervenção. Em Wielenska, R. C. Sobre comportamento e cognição: questionado e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos, v. 6.(pp.244-247). Santo André: SET.

Lundin, R. W. (1977). Personalidade: Uma Análise do Comportamento. São Paulo: EPU.

Maser, J. D. & Seligman, M. E. (1977). Psychopathology: experimental models. San Francisco: W. H. Freeman and Company.

Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. Behaviour Research and Therapy, 39, 1051-1061.

Neri, A. L. (Org.) (1987). Modificação do comportamento infantil. SP: Papyrus.

Rangé, B. (1995). Psicoterapia cognitiva. Em Rangé, B. (Org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. Campinas, SP: Editorial Psy.

Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1983). Terapia comportamental: técnicas e resultados experimentais. São Paulo: Manole.

Rodgers, R. J., Cao, B. J., Dalvi, A. & Holmes, A. (1997). Animals models of anxiety: an ethological perspective. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 30, 289-304.

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

Salzinger, K. (2003). Some verbal behavior about verbal behavior. The Behavior Analyst, 26, 29-40.

Sandler, J. & Davidson, R. S. (1973). Psychopathology: learning theory, research and applications. New York: Harper & Row Publishers Inc.

Saunders, K. J. & Spradlin, J. E. (1996) Naming and equivalence relations. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 65, 304-308.

Silva, M. T. A. (1997). Modelos animais de ansiedade. Em Zamignani, D. R. Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos, v. 3. (pp. 91-96). Santo André: Arbytes.

Simão, L. M. (1992). Interação verbal e construção de conhecimento: aspectos do diálogo pesquisador-sujeito. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 8, 219-229.

Skinner, B. F. (1953). Science and Human Behavior. New York: The Free Press.

Skinner, B. F. (1957). Verbal Behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. Republicado em

Skinner, B. F. (1969). Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis.

Englewood Fields, New Jersey: Prentice-Hall

Skinner, B. F. (1989) Recent Issues in the Analysis of Behavior. Ohio: Merrill Publishing Company.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J. & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. Behavior Therapy, 29, 35-64.

Sundberg, C. T. & Sundberg, M. L. (1990) Comparing topography-based verbal behavior with stimulus selection-based verbal behavior. The Analysis of Verbal Behavior, 8, 31-41.

Sundberg, M. L. (1998). Realizing the potential of Skinner's analysis of verbal behavior. The Analysis of Verbal Behavior, 15, 143-147.

Taylor, I. O'Reilly, M. F. & Lancioni, G. (1999) Behavioral history: Implications for applied behavior analysis. Em Julian C. Lelsie and Derek Blackman, Experimental and Applied Analysis of Human Behavior. Reno, Nevada: Context Press.

Torres, N. (2000). Ansiedade: o enfoque do behaviorismo radical respaldando procedimentos clínicos. Em Wielenska, R. C. Sobre comportamento e cognição: questionado e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos, v.6. (pp.228-238). Santo André: SET.

Tunes, E. (1984). Considerações a respeito dos relatos verbais como dados. Psicologia, 10, 1-10.

Tunes, E. & Simão, L. M. (1998). Sobre análise do relato verbal. Psicologia USP, 9, 303-324.

Vandenberghe, L. (2004). Relatar emoções transforma as emoções relatadas? Um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6, 39-48.

Western, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. American Psychologist, 59, 595-613.

Wilson, K. G. & Blackledge, J. T. (2000). Recent developments in the behavioral analysis of language: Making sense of clinical phenomena. In M. J. Dougher (Ed.), Clinical Behavior Analysis. (pp. 27-46). Reno, Nevada: Context Press.

Wolpe, J. (1964). Behaviour therapy in complex neurotic states. British Journal fo Psychiatry, 110, 28-34.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
CLÍNICA DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, na qualidade de cliente atendido(a) na Clínica de Psicologia da UFPA, declaro que estou suficientemente esclarecido(a) que meu atendimento faz parte de um estudo realizado pela terapeuta, que pretende investigar os efeitos de dois métodos de terapia sobre o conteúdo dos relatos verbais de pacientes com transtorno de ansiedade. Na terapia comportamental tradicional, o terapeuta investiga, através de perguntas diretas ao cliente, os aspectos da queixa apresentada e as condições em que ocorrem os comportamentos problemáticos para fazer uma avaliação funcional e planejar a intervenção terapêutica. No procedimento de coleta e análise de conteúdo verbal, o cliente é estimulado a falar livremente sobre seu comportamento-queixa e este relato será organizado e classificado pelo terapeuta e será apresentado na sessão seguinte ao cliente para que este possa identificar, corrigir, acrescentar ou alterar seu relato, e assim subseqüentemente até que o próprio cliente caracterize e proponha soluções para o comportamento-queixa. Fui devidamente esclarecido que poderei escolher entre um dos procedimentos.

Está garantido que posso recusar-me a continuar minha participação em qualquer fase do estudo ou em qualquer momento da terapia, podendo ser encaminhado para outro profissional, caso deseje e seja necessário.

Serão respeitados o sigilo e privacidade das informações por mim prestadas.

Declaro que aceito e concordo com as seguintes condições e garantias:

1. Todas as sessões de terapia serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas, sendo garantido o sigilo sobre o conteúdo das fitas;
2. Devo comparecer regularmente às sessões, sendo que não poderei faltar três vezes consecutivas sem justificativa, ou cinco alternadas, mesmo com justificativa;
3. Caso haja necessidade de apresentação de meu caso em eventos acadêmicos/científicos, ou algum outro tipo de publicação, terei respeitados os meus direitos no que diz respeito ao sigilo quanto à minha identidade, de meus familiares e outras pessoas envolvidas;
4. Todas as informações fornecidas por mim serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos e, portanto, não será feito aproveitamento pessoal desse material.

Caso tenha alguma dúvida sobre os meus direitos ou no caso de problemas decorrentes do atendimento prestado, poderei recorrer à coordenação da Clínica para maiores esclarecimentos.

Declaro que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o estudo, assim como os riscos e benefícios e que, por minha vontade, aceito participar do mesmo cooperando com a coleta dos dados.

Este documento será assinado por mim, pela pesquisadora/terapeuta e pela Coordenação da Clínica.

Nome: _____

R.G.: _____ Data de Nascimento: _____

Belém, _____ / _____ / _____

_____ Assinatura

Pesquisador responsável: _____

Endereço: _____

Fones: _____

Registro no Conselho Profissional: _____

R.G.: _____ CPF: _____

Pesquisador / Terapeuta

Coordenação da Clínica

ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL 1ª SESSÃO – P 1

Anexo 2

ANÁLISE DA 1ª SESSÃO – CLASSIFICAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL

COMPORTA-MENTOS-QUEIXA	PROVÁVEIS CONDIÇÕES INSTALADO-RAS	PROVÁVEIS CONDIÇÕES MANTENEDORAS	EXPLICAÇÕES DADAS	OBSER-VAÇÕES
<p>Não conseguir fazer amigos</p> <p>“Eu não consegui fazer amigos”</p>	<p>deixei minha família em S.. Aí, isso aí, eu já, me senti muito só aqui, né. Uma cidade grande. As pessoas são diferentes</p>	<p>eu não quero incomodar ninguém</p>	<p>todo mundo sempre muito ocupado Ninguém quer ouvir ninguém.</p>	
<p>Não conseguir estudar:“... eu não estudava. Eu começava e adoecia e ficava prostrada na cama</p>				
<p>Dificuldades no trabalho</p> <p>eu não sei lidar com autoritarismo</p>		<p>“...as pessoas “Te acalma, todo ambiente de trabalho tem fofoca. Todo chefe é assim desse jeito”.</p>		
<p>Incertezas:</p> <p>eu não sei o que eu quero “...um monte de dúvida na cabeça da gente. Se vale a pena a gente ficar longe da família da gente, né, pra tentar uma vida melhor. E tinha dias que eu nem me levantava, assim. Eu ficava em casa direto, deitada.”</p>		<p>a minha amiga fica preocupada comigo, porque eu tou sozinha</p>		

ANEXO 3

CLASSIFICAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL – 2ª e 3ª SESSÃO – P 1

Anexo 3

ANÁLISE DA 2ª e 3ª SESSÃO – CLASSIFICAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL

COMPORTAMENTOS-QUEIXA	PROVÁVEIS CONDIÇÕES INSTALADAS	PROVÁVEIS CONDIÇÕES MANTENEDORAS	SOLUÇÕES SUGERIDAS	COMPORTAMENTO IDEAL
<p>Não conseguir estudar “Também adiar o início do estudo” “O problema é começar”</p>	<p>Medo da derrota Porque se você não estuda você tem uma desculpa mas eu tenho muito sono devido a todos os problemas que eu já trouxe do trabalho, né, eu já estou cansada.</p>	<p>ficar doente quando tenho que estudar</p>		<p>Eu queria poder estudar pelo menos quatro horas por dia quando eu começo, eu sigo, eu fico um tempo</p>
<p>Somatização “eu tenho muita dor de cabeça também”</p>		<p>Eu marquei uma consulta com um oftalmologista pra ver se é vista</p>		
<p>Adiamento “eu fico adiando”</p>			<p>Eu faço uma lista do que eu tenho pra fazer. Eu coloco o dia que eu tenho que fazer e coloco, assim, na lista</p>	<p>Acho que não tenho que ficar esperando o último prazo</p>
<p>Esquiva “fico dando todas as desculpas possíveis” “O problema é ir.”</p>				<p>aí eu peguei e fui. E foi bom, Aí, quando eu vou pra lá, é bom, né, a gente até esquece da hora.</p>

ANEXO 4

INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL – 4ª SESSÃO – P 1

Anexo 4

ANÁLISE DA 4ª SESSÃO – INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES		SE TAIS CONDIÇÕES FOSSEM MODIFICADAS OU DESAPARECESSEM, O PROBLEMA DEIXARIA DE EXISTIR?
	CONDIÇÕES INSTALADORAS	CONDIÇÕES MANTENEDORAS	
COMPORTAMENTOS-QUEIXA			
<p>Sentimento de rejeição: “Eu noto que a gerente não gosta de mim” “Como se ela falasse mal de mim” “ela é uma exigência incrível comigo” “Ela me trata mal” “Ela me trata diferente” “quase todos os lugares que eu vou tem pessoas que não gostam de mim” “... todos eram meus amigos. Quando eu fiquei desempregada, diz, olha, vê se tem alguém lá que tem pelo menos coragem de me dar telefonema ou então perguntar por mim. Então a amizade, que eu pensei que era amizade, não era. Era mais interesse, né”</p>	<p>Na presença de colegas de trabalho; Ambiente de trabalho; Relações interpessoais</p>	<p>Não ser valorizada; Ser criticada; Ser depreciada; Ser enganada; Ser abandonada; Ser humilhada</p>	

ANEXO 5
INSTRUÇÕES PARA A 5ª SESSÃO – P 1

Anexo 5

Instruções para a 5ª sessão:

“Os problemas que são trazidos como queixa são denominados comportamento-alvo e qualquer intervenção deverá ter como objetivo final uma alteração no mesmo, ou em aspectos do mesmo que são considerados problemáticos. Para isso é necessário descrever os aspectos problemáticos da forma mais completa e precisa possível para que sejam identificadas as condições do ambiente relacionadas, denominada variáveis independentes, das quais o comportamento é função. Como estes comportamentos são multi-determinados, um conjunto amplo de variáveis contribuiria para sua configuração. Há probabilidade de que essas classes de variáveis sejam manipuladas de modo a alterar o comportamento-alvo.”

ANEXO 6
HIERARQUIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Anexo 6**HIERARQUIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES**

Relacione, por ordem decrescente de importância, aquelas condições para as quais a resposta dada foi 'Sim' ou 'Parcialmente'

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.

ANEXO 7
OUTRAS CONDIÇÕES

Anexo 7

Relacione outras condições não citadas as quais você acha que se fossem modificadas ou desaparecessem resultariam em solução de suas dificuldades.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

ANEXO 8

CATEGORIZAÇÃO DO RELATO DA 5ª SESSÃO – PARTICIPANTE 1

Anexo 8

ANÁLISE DA 5ª SESSÃO – INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO VERBAL

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
COMPORTAMENTOS-QUEIXA	CONDIÇÕES INSTALADORAS	CONDIÇÕES MANTENEDORAS
<p>“eu ainda não to acostumada com mudança, quer dizer, eu não gosto de mudança.”</p> <p>“eu que não gosto de mudança, fico preocupada”</p>	<p>“vai haver umas mudanças lá no trabalho, né, e (...) e os funcionários de lá vão ter que optar: ou sair de lá ou trabalhar oito horas por dia, quer dizer, é uma mudança completamente, né”</p>	<p>“não sei o que vai acontecer”</p>
<p>“por conta disso eu fico nervosa, porque é uma ansiedade.”</p> <p>“aí, eu to assim, preocupada (...) não consigo relaxar”</p>	<p>“quem quiser ficar lá vai ter que trabalhar oito horas diárias. É essa mudança aí. E quem não quiser ter aumento de carga horária, vai ter que ir para outro local. Isso já tá certo.”</p>	<p>“você não sabe o que vai acontecer”</p> <p>“você não sabe pra que unidade você vai”</p>

ANEXO 9

FICHA DE TRIAGEM DA CLÍNICA DE PSICOLOGIA DA UFPA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CLÍNICA DE PSICOLOGIA
FOLHA DE TRIAGEM**

Ficha Nº

Horário disponível:

() manhã

() tarde

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço: Nº.....

Perímetro.....Telefone.....

Bairro.....Cidade.....Estado.....CEP.....

Naturalidade:(cidade/estado).....Data nascimento...../...../.....

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo () outros

Escolaridade:() analfabeto () alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo

() 2º grau completo () 2º grau incompleto

() 3º grau incompleto Curso/instituição/período.....

() 3º grau completo. Curso:Instituição.....

Religião:..... Profissão:.....

Ocupação:.....

2. DADOS FAMILIARES

Pai:.....

Mãe:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. COM RELAÇÃO A PROBLEMÁTICA APRESENTADA, QUE TIPO DE ATENDIMENTO JÁ SE SUBMETEU ?

.....
.....
.....
.....
.....

6. EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 10

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

Anexo 10**ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK****(BECK-A)**

Data: _____ / _____ / _____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

Sintomas	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro(a)				
9. Apavorado(a)				
10. Nervoso(a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo(a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado(a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

ANEXO 11

ENUNCIADO PARA A 8ª SESSÃO – PARTICIPANTE 3

Anexo 11**Enunciado para a 8ª Sessão – Participante 3**

“Os problemas que são trazidos como queixa são denominados comportamento-alvo e qualquer intervenção deverá ter como objetivo final uma alteração no mesmo, ou em aspectos do mesmo que são considerados problemáticos. Para isso é necessário descrever os aspectos problemáticos da forma mais completa e precisa possível para que sejam identificadas as condições do ambiente relacionadas, denominada variáveis independentes, das quais o comportamento é função. Como estes comportamentos são multi-determinados, um conjunto amplo de variáveis contribuiria para sua configuração. Há probabilidade de que essas classes de variáveis sejam manipuladas de modo a alterar o comportamento-alvo.”

ANEXO 12

INFORMAÇÃO INICIAL PARA O PACIENTE COM TRANSTORNO DE

PÂNICO

Anexo 12**INFORMAÇÃO INICIAL PARA O PACIENTE COM TRANSTORNO DE**
PÂNICO

Você tem um problema bastante conhecido, que tem até um nome, é muito comum e é bastante bem-tratável. O nome deste problema é Transtorno do Pânico e ele consiste em crises de pânico súbitas, repentinas, imprevistas, espontâneas e recorrentes que incluem várias sensações como vertigem, tonteira, taquicardia, sudorese, sensações de falta de ar, formigamento, calafrios e muitas outras. Por causa delas, as pessoas tendem a acreditar que estão diante de um perigo como morte iminente, por ataque cardíaco ou asfixia, ou desmaio, queda, perda de controle, loucura, etc. É tão freqüente que atinge cerca de 3 % da população. Você não é o único: em uma cidade de 10 milhões de habitantes isso representa cerca de 300.000 pessoas.

Como estas crises acontecem de repente, em situações variadas, e são muito assustadoras, as pessoas tendem a procurar, no início deste processo, ajuda médica, em geral cardiológica, por pensarem que se trata de um problema cardíaco. Aos poucos, com a repetição delas, começam a se sentir inseguras e pouco confiantes em ficar sozinhas ou saírem à rua desacompanhadas. Com isso passam a fazer muitas coisas apenas com a companhia de alguém, na idéia de que se acontecer algo, o acompanhante poderá tomar providências como levá-las a um médico ou para casa ou outro local sentido como seguro.

Às vezes este problema começa de forma mais gradual, sem grandes crises, mas com um progressivo aumento na insegurança de fazer coisas sozinho ou de enfrentar certas situações como passar em túneis, andar em conduções públicas (como ônibus,

metrô, trens, aviões), frequentar cinemas, teatros ou casas de espetáculos, andar em elevadores, pegar engarrafamentos, etc. A idéia costuma ser a de que, como alguma crise ou mal-estar pode acontecer numa situação dessas e, como a fuga delas é muitas vezes difícil, o melhor é evitá-las, para não correr o risco, seja de acontecer o perigo imaginado, seja de experimentar o intenso desconforto das sensações, ou de comportar-se de modo inusitado.

Há debates ainda sobre as causas desse problema. Alguns médicos defendem que se trata de um problema bioquímico que só é tratável com remédios. Há argumentos fortes a favor desta posição, mas também há problemas, como os efeitos secundários que estas medicações produzem, como o fato de quase 2/3 dos pacientes voltarem a ter crises, uma vez suspenso o tratamento e ainda como as evidências de cura através de tratamentos não-medicamentosos como a psicoterapia comportamental. A nossa posição é que, quando as crises são muito intensas e frequentes, o uso de medicação torna-se necessário. Mas quando são menos frequentes ou mais brandas, uma intervenção estritamente psicológica é mais desejável. Por que? Porque pensamos que a causa deste problema é psicológica (o que não exclui a ocorrência de processos bioquímicos cerebrais). São dois motivos principais:

Em primeiro lugar, é preciso a gente entender que o modo da gente *pensar* afeta, isto é, *determina* o que se *sente*. Qualquer situação com que nos deparamos, automaticamente nos faz pensar coisas boas ou ruins sobre ela. Em uma situação, se eu *penso* que estou em perigo, sinto medo; se *penso* que vai acontecer uma coisa ótima, fico alegre. Assim, qualquer sentimento é *sempre* causado por algum pensamento ou algum evento externo. Mas as duas avaliações podem estar erradas: de repente, eu descubro que não estou em perigo e o medo passa; ou o que eu pensei que iria acontecer

de bom era um engano, e não fico mais alegre. É assim que muitas vezes as coisas se passam na nossa cabeça e na nossa vida. É preciso também entender que *sempre* precisamos agir ou nos comportar para saber qual a consequência deste nosso comportamento. O que acontece em função de nosso comportamento determinará se nos comportaremos da mesma forma no futuro.

Quando ficamos preocupados com certos problemas, tendemos a sentir ansiedade. Sentir medo ou ansiedade significa ter aquelas sensações desagradáveis (falta de ar, taquicardia, etc.). Se, com certas sensações do nosso corpo, pensamos que vamos ter um ataque cardíaco, é bastante aceitável que fiquemos apavorados. Estamos acreditando *mesmo* que corremos perigo. E se corremos perigo (ou *pensamos* que corremos), como não sentir medo? A ocorrência daquelas situações (produzidas por *idéias* de perigo) confirma *mais* ainda a idéia de um ataque cardíaco iminente, o que faz aumentar ainda mais a intensidade das sensações, e assim por diante. Rapidamente, portanto, numa espiral, acontece a crise de pânico. Mas, já reparou que tudo aquilo de pior que você prevê nunca acontece? Ora, isto significa que estamos avaliando mal ou pensando errado sobre estas situações. As *avaliações* que fazemos sobre estas sensações estão *incorretas* e precisam, portanto, ser reformuladas. Todas estas coisas fazem com que fiquemos meio como um radar reparando em tudo em volta e, sobretudo, em tudo no nosso próprio corpo. Por causa disso, qualquer alteração ou sensação “estranha” no nosso corpo quase sempre acaba sendo interpretada como um sinal de uma doença perigosíssima ou de um perigo fatal e iminente. Mas a gente *pensar* que alguma coisa é perigosa não quer dizer que, *obrigatoriamente*, ela seja, por mais que o nosso pensamento pareça verdadeiro. Às vezes nos enganamos mesmo quando pensamos que estamos certíssimos. Por isso, o tratamento consiste, em parte, em ensinar a você a

descobrir quando você está pensando certo e quando está pensando errado, para você poder deixar de ter medo de coisas que não são verdadeiras ou reais. Da mesma forma você vai aprender novos comportamentos de enfrentamento das situações que você tem medo. Por isso nós vamos discutir seus pensamentos que ocorrem nas sessões e os que ocorrem fora delas (e que você vai trazer anotados). Você vai aprender a testá-los para ver se são verdadeiros ou se são lógicos. Por exemplo, eu quero que você respire forte e rápido por dois minutos. Após 30 ou 40 segundos, ou mais um pouco, pare e preste atenção no que você está sentindo. Não são sensações semelhantes às que você teve quando em pânico? (Ex.: taquicardia, sudorese, boca seca, etc.) Veja, primeiro, como você pode fazer coisas com seu corpo, sem querer. Mesmo sem perceber, numa situação de estresse ou preocupação, respiramos profundamente. Isto pode, como vimos neste exercício, provocar sensações “estranhas” no nosso corpo (como essas que você acabou de sentir, semelhantes às de ansiedade). Assim, fica fácil interpretá-las (*erradamente*) como sinais de ataque cardíaco ou desmaio, por exemplo, e não apenas como (*verdadeiramente*) sinais de ansiedade decorrente de preocupações.

Você vai aprender que uma coisa é algo ser *perigoso* e outra é algo ser *desagradável*. Você já viu e sabe que o que se passou com você é algo *muito desagradável*. Mas *é perigoso*? Se apesar de sentir as sensações desagradáveis, *nunca* acontece nada do que você pensa que vai acontecer, isto não será uma *prova* de que as suas sensações *não são sinais de perigo*? Descobrir isso significa que você *pode* ter essas sensações, apesar de serem muito desagradáveis, e que você *não precisa fugir delas* de qualquer modo, desesperadamente, pois *nada de perigoso* está acontecendo. O problema se reduz apenas em você aprender a minimizar a intensidade com que elas aparecem, para não serem tão desconfortáveis. Para isso você vai aprender a relaxar e a

respirar de uma forma que produza relaxamento; vai aprender a examinar os seus pensamentos para poder torná-los mais realistas e verdadeiros, que não possuam idéias de ameaça irreais e falsas. Conseguir mudar seus pensamentos ajudará você, como vimos, a deixar de sentir medo. Para exercitar tudo isso, será necessário você se expor *gradualmente* às situações que produzem ansiedade e às sensações que ela produz no seu corpo, de modo que você passe a reconhecer e compreender o que se passa com você, nos seus pensamentos e no seu corpo. Assim, você vai conseguir se acalmar *nas próprias situações*.

Com isso, você poderá (1) testar suas idéias distorcidas; (2) verificar que são falsas; (3) descobrir que não precisa fugir desesperadamente em busca de ajuda; (4) reconhecer que, sozinho, você poderá superar e resolver tudo até se acalmar; e (5) reconhecer que você não precisa de um acompanhante para ter segurança. Você terá então aprendido a manejar seu medo/ansiedade/pânico e estará praticamente bom.

Mas faltará ainda alguma coisa. O outro aspecto é que ficamos assim, com Transtorno de Pânico, quando temos medo de tomar decisões ou de agir de modo independente, autônomo, confiante e seguro em nossas vidas. Principalmente quando uma ou mais coisas estão insatisfatórias ou ruins na nossa vida e não sabemos que fazer para mudá-las (ou sabemos, mas temos medo de fazer o que queremos). Elas nos incomodam e provocam sentimentos ruins, desagradáveis, que a gente tenta negar, evitar percebê-las. Aí, qualquer situação que nos faça pensar que podemos perder o controle sobre elas nos ameaça, pelo contato com elas e pela idéia de perda de controle que pode nos levar a fazer o que desejamos mas temos medo de fazer. Isto pode produzir crises de pânico que seguem a espiral que descrevi antes. Vamos precisar ver o que está insatisfatório na sua vida e o que falta para que ela fique satisfatória, como

you want que ela seja. Vamos precisar ajudar você a se *reorientar na vida*; em vez de ficar se preocupando com o que há de ruim, com o que pode acontecer de ruim, vamos tentar fazer com que você consiga se orientar para o que há de *bom, gostoso, positivo, desejável, realizador*. Só manejar crises não é o suficiente; é preciso acabar com aquilo que começou a provocá-las. E isto, só com essa reorientação de vida.

ANEXO 13

TREINO RESPIRATÓRIO (Rangé, 1995)

Anexo 13**TREINO RESPIRATÓRIO (Rangé, 1995)**

1. Inspire lentamente pelo nariz contando até três, bem devagar.
2. Prenda a respiração, contando também até três, bem devagar.
3. Exale lentamente o ar pela boca, contando até seis, bem devagar.
4. Faça com que o ar passe pelo diafragma e estufe o abdômen, durante a inspiração.
5. Faça com que o ar que você exala deixe o abdômen cada vez mais encolhido.
6. Procure o ritmo ideal da sua respiração para você dentro deste estilo.

ANEXO 14
INSTRUÇÕES PARA RELAXAMENTO

Anexo 14**INSTRUÇÕES PARA RELAXAMENTO**

1. De início, procure ficar o mais confortável possível. Deite-se confortavelmente, procurando livrar seu corpo de toda tensão, deixando-o mole.
2. Agora respire fundo, aspirando profundamente e retendo o ar por cinco segundos. Expire, exalando o ar suavemente e sentindo uma sensação de calma começando a se expandir. Então continue a respirar suavemente, apenas concentrando-se em sentir o peso de seu corpo, por toda a parte.
3. Estude o peso de seu próprio corpo. Isso deverá trazer uma sensação de calma e tranqüilidade por toda a parte (pausa de 10 segundos).
4. Contraia suavemente os seus braços (punhos, antebraços e braços). Imagine que você está segurando algo pesado com seus dois braços estendidos. Sinta a tensão em cada parte deles. Solte-os! Solte tudo em cada braço. Sinta a diferença entre o momento anterior quando estavam contraídos e agora que estão soltos e relaxados. Repita isso três vezes, variando o grau de tensão cada vez. Procure localizar onde você sente tensão quando estão contraídos e solte os músculos de modo a ficarem bem soltos e relaxados nos locais em que você sente a tensão. Depois apenas deixe-os soltos, procurando sentir o peso de cada braço e tentando aumentar cada vez mais a sensação de peso que será maior quanto mais você soltar seus músculos do braço e eles ficarem moles. Repita para si mesmo dez vezes: “Estou sentindo meus braços cada vez mais soltos, relaxados e pesados”. E vá sentindo o relaxamento deles aumentar. Deixe-os ficarem bem soltos e relaxados, pesados... Pesados... (Não os movimente mais).

5. Faça o mesmo com suas pernas. Contraia suas coxas, sentindo-as ficarem duras na parte superior. Contraia a batata das pernas, trazendo as pontas dos pés para trás na direção das coxas. Sinta toda a tensão de suas pernas. Localize onde sente a tensão e perceba como suas pernas ficam quando estão tensas e duras. Agora relaxe! Solte todos os músculos das pernas. Compare a diferença entre este momento e o anterior. Veja como é agradável ter as pernas soltas e relaxadas. Abra os pés o máximo possível para fora e sinta os músculos internos das coxas. Solte-os e sinta as pernas totalmente soltas, pesadas, com os pés caídos para os lados. Repita contrações e relaxamentos com tensões variáveis até finalmente soltar tudo e deixar as pernas bem pesadas. Procure aumentar a sensação de peso soltando cada vez mais. Repita para você mesmo 10 vezes: “Estou sentindo minhas pernas cada vez mais pesadas; estou sentindo minhas pernas cada vez mais soltas, relaxadas... pesadas... pesadas...” (Não as movimente mais).
6. Levante os ombros como se tentasse encostá-los nas orelhas. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte-os. Compare a diferença. Movimente-os para trás, abrindo o peito. Sinta a tensão e perceba onde ela se localiza. Faça o mesmo para frente. Solte os ombros completamente e deixe-os ficarem bem pesados e confortáveis.
7. Movimente sua cabeça para o lado direito e sinta a tensão que se produz e onde se localiza. Faça o mesmo para o lado esquerdo. Depois faça para trás. Depois a levante um pouco e sinta a tensão e onde ela se produz. Solte a cabeça e o pescoço, deixando-a cair pesadamente sobre o travesseiro.
8. Contraia o abdômen deixando-o bem duro. Sinta como fica e solte-o. Perceba a diferença entre os dois momentos. Agora, contraia-o para fora, estufando a barriga.

Sinta como ele fica e relaxe, percebendo a diferença entre os dois momentos. Encolha a barriga para o fundo, como se tentasse encosta-la nas costas. Sinta a tensão, como ela é e onde se localiza. Solte e relaxe totalmente a barriga. Deixe-a movimentar-se apenas pela respiração suave e superficial. Solte os músculos do tórax, deixando os ombros caírem pesados. Concentre-se na sua respiração e deixe-a ficar bem suave, calma e tranqüila. Repita para si mesmo 10 vezes: “Estou sentindo minha respiração cada vez mais calma e tranqüila; estou sentindo meu corpo cada vez mais calmo e tranqüilo, pesado... pesado...”.

9. Contraia sua testa como se você quisesse olhar para cima da sua cabeça sem movimenta-la. Ela vai ficar toda enrugada, como quando a gente fica espantada. Perceba onde se localiza a tensão. Solte a sua testa e couro cabeludo e perceba a diferença entre os dois momentos. Franza o cenho, encostando uma sobrancelha na outra. Sinta onde se localiza esta tensão. Solte e relaxe a sua testa, completamente. Deixe-a ficar solta e relaxada.
10. Feche seus olhos e contraia suas pálpebras com força. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte. Deixe-as apenas caírem sobre os olhos. Movimente agora os seus olhos, sem abri-los, para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo. Sinta a tensão que se produz. Agora os deixe soltos. Perceba a diferença entre tensão e relaxamento nos olhos e pálpebras e deixe ambos ficarem bem relaxados. Deixe suas pálpebras ficarem bem pesadas, pesadas, caindo pesadamente sobre os olhos e estes soltos, bem soltos.
11. Contraia seus lábios, mandíbulas, língua e boca. Sinta a tensão que se produz na parte de baixo de sua face. Solte tudo. Deixe seu queixo cair e a boca ficar entreaberta. Sinta como sua face está cada vez mais relaxada; sua testa está solta,

seus olhos e pálpebras estão pesados, seus lábios estão soltos, sua boca está entreaberta e pesada pois seu queixo está caído.

12. Continue a respirar suavemente. Repare como sua respiração está calma e tranqüila, sua face está solta e relaxada, seu corpo está pesado... Pesado... Repita para você mesmo 10 vezes: “Estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado, calmo e tranqüilo, pesado... pesado”.
13. Sinta o seu corpo todo relaxado e pesado. Sinta como é agradável ter o corpo todo relaxado. Repita para você mesmo 10 vezes: “Estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado... calmo... tranqüilo... pesado... pesado... calmo... tranqüilo... pesado... pesado...”.
14. Imagine uma situação muito relaxante, calma, tranqüila; pode ser você deitado em uma praia deserta, na sombra, com uma suave brisa roçando seu corpo; ou numa relva no campo; enfim, aquela situação em que você ficaria o mais relaxado possível, calmo... tranqüilo... pesado... pesado... Observe como o seu corpo está verdadeiramente muito pesado. Sinta a resistência da cama onde está deitado. Deixe-se ficar assim por um minuto, sentindo o gozo de estar totalmente relaxado.
15. Quando estiver cansado de estar relaxado, aos poucos, comece a movimentar suavemente os dedos das mãos, dos pés, os braços e pernas, depois abra os olhos e comece a se espreguiçar bem devagar, até finalmente se levantar.

ANEXO 15

ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E.- S.E. (Rangé, 1995)

Anexo 15

Estratégia A.C.A.L.M.E.- S.E. (Rangé, 1995)

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia “A.C.A.L.M.E.- S.E.”, de oito passos. Usando-a você estará apto a aceitar a sua ansiedade até que ela desapareça.

1. **Aceite a sua ansiedade.** Um dicionário define aceitar como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber sua ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido. Decida estar com sua experiência. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por aceitação. Não lute contra ela. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Em vez disso, flua com ela.

2. **Contemple as coisas em sua volta.** Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento nem bom nem mau. Olhe à sua volta, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Procure ser um só, você e seu lado observador; deixe-se dissolver em pura observação. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimentos externos, melhor você se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas observador.

3. **Aja com sua ansiedade.** Normalize a situação. Aja como se você não estivesse ansioso, isto é, funcione com ela. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo! Não se desespere, interrompendo tudo para

fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir mas o seu medo vai aumentar, e na próxima vez a sua ansiedade vai ser pior. Se você ficar onde está - e continuar fazendo as suas coisas - tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, bem devagar!

4. **Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!** Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarzinho, na inspiração e até seis, na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopra: apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

5. **Mantenha os passos anteriores.** Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá diminuir, se você continuar repetindo esses quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.

6. **Examine agora seus pensamentos.** Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensava que aconteceria. Examine o que você está dizendo para você mesmo e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que você pensa é verdade? Há outras maneiras de você entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso: isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas você tem provas reais e definitivas disso?

7. **Sorria, você conseguiu!** Você merece todo o seu crédito e todo o seu

reconhecimento. Você conseguiu, sozinho e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreendê-lo e aceitá-lo melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

8. **Espere o melhor.** Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo. Você precisa dela e ela ocorrerá sempre que você estiver em perigo ou que você pensar que está em perigo. Daí é natural que ela ocorra. O que pode estar errado é o que você está pensando a partir dela. Em vez de se considerar livre dela, surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente. Enriqueça sua memória com esta experiência, entre outras importantes da sua vida. Você se tornou uma pessoa diferente agora: mais realista, mais conhecedora de suas capacidades, mais segura, mais confiante. Esta experiência vale um lugar de destaque em seu álbum de recordações.

ANEXO 16

REGISTRO DIÁRIO DE OCORRÊNCIA DE RESPOSTAS ANSIOSAS

Anexo 16

REGISTRO DIÁRIO DE OCORRÊNCIA DE RESPOSTAS ANSIOSAS					
DATA e HORA	Situação (Descrever o evento ambiental ou corrente de pensamento ou lembrança)	Emoção (Especificar triste / ansioso / zangado, etc. e a intensidade da emoção)	Pensamentos (Anotar os pensamentos concomitantes às emoções)	Respostas (Anotar os comportamentos)	Efeitos (Anotar efeitos sobre outras pessoas)

ANEXO 17

ESQUEMAS DESADAPTATIVOS PRECOCES (YOUNG, 1987, em Rangé, 1995)

Anexo 17

Esquemas Desadaptativos Precoces (Young, 1987)

AUTONOMIA

1. **Dependência.** A crença de ser incapaz de funcionar por si próprio e de necessitar do apoio constante de outros.
2. **Subjugação.** A idéia de que se deva sacrificar voluntária ou involuntariamente suas próprias necessidades para satisfazer as de outros, acompanhada de uma incapacidade em reconhecer as próprias necessidades.
3. **Vulnerabilidade a feridas e doenças.** O medo de que um desastre (natural, criminal, médico, financeiro) está para acontecer a qualquer momento.
4. **Medo de perder o autocontrole.** O medo de perder involuntariamente o controle sobre os próprios comportamentos, impulsos, emoções, mente, corpo, etc.

LIGAÇÃO

5. **Privação Emocional.** A expectativa de que as próprias necessidades de colo, empatia, afeição e cuidado nunca serão adequadamente atendidas por outros.
6. **Perda/ abandono.** O medo de perder iminentemente outros significantes e então ficar emocionalmente isolado para sempre.
7. **Desconfiança.** A expectativa de que outros vão propositalmente ferir, abusar, mentir, enganar, manipular ou tirar vantagem.
8. **Isolamento social/ alienação.** O sentimento de estar isolado do resto do mundo, ser diferente das outras pessoas e não-pertencente a qualquer grupo ou comunidade.

VALOR

9. **Deformação/ inamabilidade.** O sentimento de ser *internamente* defeituoso ou imperfeito ou de ser fundamentalmente não-amável para outros significantes.
10. **Indesejabilidade social.** A crença de ser *externamente* indesejável para outros (p.ex.: feio, sexualmente indesejável, sem *status*, sem habilidades de conversação, chato).

11. ***Incompetência/ fracasso.*** A crença de não conseguir se desempenhar competentemente em áreas de realizações (escola, profissão, amor), em responsabilidades diárias suas ou para outros, ou em tomada de decisões.
12. ***Culpa/ punição.*** A crença de ser moral ou eticamente mau, irresponsável e merecedor de críticas duras e punições.
13. ***Vergonha/ embaraço.*** Sentimentos recorrentes de vergonha por crer que suas inadequações (como reveladas nos esquemas 9, 10, 11 e 12) são totalmente inaceitáveis quando são expostas a alguém.

PADRÕES E LIMITES

14. ***Padrões elevados.*** O impulso inabrandável para alcançar níveis extremamente elevados de expectativas sobre si às custas de felicidade, prazer, saúde, senso de realizações ou relações satisfatórias.
15. ***Falta de limites.*** A insistência de poder fazer, dizer ou ter o que se queira imediatamente. Desapreço pelo que outros considerem razoável; pelo custo para outros, ou dificuldades com autodisciplina.

ANEXO 18
LISTA DE DESEJOS

Anexo 18

LISTA DE DESEJOS

Objetivos que quer alcançar	O que pode fazer para alcança-los
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.
16.	16.