



IBAC

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Análise Comportamental Clínica na Modalidade
Online: Possibilidades e Desafios em um Caso Clínico**

Juliana de Brito Lima

Brasília
Agosto de 2013



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Análise Comportamental Clínica na Modalidade
Online: Possibilidades e Desafios em um Caso Clínico**

Juliana de Brito Lima

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.

Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Agosto de 2013



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Juliana de Brito Lima

Título: Análise Comportamental Clínica na Modalidade *Online*: Possibilidades e Desafios em um Caso Clínico

Data da Avaliação: 16 de agosto de 2013

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: MsC. Flávia Nunes Fonseca

Membro: MsC. Lorena Bezerra Nery

Brasília
Agosto de 2013

Ao cliente Pedro (nome fictício), pelo aprendizado proporcionado através da Orientação *Online* na Análise Comportamental Clínica, e por ter autorizado a exposição de sua história nesta monografia.

Agradecimentos

Mais um degrau de minha trajetória acadêmica foi alcançado. Fico feliz em poder tecer nestas linhas meus sinceros agradecimentos às pessoas que estiveram, de forma direta ou indireta, me inspirando ou ajudando ao término desta especialização.

Inicialmente agradeço a Deus, força maior que me impulsiona diante das dificuldades e que me proporciona condições espirituais para estar íntegra na rotina de atendimentos clínicos.

Aos meus pais, pela grande lição que me passaram: a de valorizar os estudos e de entender que não importa o conhecimento que adquirimos: ele não é o suficiente e também não pode jamais substituir a humildade.

Aos meus irmãos e sobrinhos, por compreenderem a minha ausência em alguns momentos – algum tempo era necessário para dedicar-me aos estudos, o que não diminui de forma alguma o amor que sinto por cada um. A comemoração desta vitória é, certamente, ao lado de vocês.

Ao meu amor, sou grata por sempre acreditar em mim e também pela sugestão do tema. Obrigada não só por me incentivar a crescer, mas também por estar ao meu lado em cada vitória.

Aos meus professores do IBAC, pelos modelos de profissionalismo, ética, compromisso e preparo técnico. Todos os elogios que existem ainda são insuficientes, sobretudo para mestres como Ana Karina, Marçal, Felipe Anjos, Carlos Augusto, Raquel Ávila, Marianna Braga e Luciana Verneque. Uma formação diferenciada, sem dúvida, passa por vocês. Agradeço também às monitoras Lorena Nery e Flávia Nunes, sempre solícitas com os alunos. Muito obrigada.

Ao Instituto de Psicologia Aplicada – InPA, instituição onde me credenciei para retornar às publicações e para realizar atendimento *online*. Fábio Caló, agradeço pela confiança a mim depositada e pela oportunidade de crescimento.

Enfim, muitos outros degraus ainda me esperam. Anseio chegar ao topo ao lado de vocês. Muito obrigada!

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	v
Lista de Quadros -----	vi
Resumo -----	vii
Abstract -----	viii
Introdução -----	1
Método -----	18
Descrição do Participante -----	18
Queixas e Demandas -----	18
Contexto Terapêutico -----	19
Procedimento -----	19
Resultados -----	21
1. Formulação Comportamental -----	21
1.1. Repertório e Contingência de Reforçamento Atuais -----	21
1.2. Relação Terapêutica -----	24
1.3. Histórico de Vida -----	24
1.3.1. Histórico Familiar -----	19
1.3.2. Socioafetivo -----	26
1.3.3. Acadêmico- profissional -----	28
1.3.4. Médico-psicológico -----	30
1.4. Análises Funcionais -----	32
1.4.1. Análises Funcionais Moleculares -----	33
1.4.2. Análises Funcionais Molaes -----	35
1.4.3. Controle Instrucional -----	36
1.5. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta -----	39
1.6. Objetivos Terapêuticos -----	41
1.7. Estratégias Terapêuticas Utilizadas -----	41
1.8. Mudanças Observadas -----	43
Considerações Finais -----	46
Referências Bibliográficas -----	52
Anexos -----	58
Anexo 1. Termo de Autorização para Comunicação Oral e Publicação de Estudo de Caso -----	59
Anexo 2. Estratégias Terapêuticas Utilizadas -----	60

Lista de Quadros

Quadro 1. Análises funcionais moleculares dos padrões comportamentais verificados ao longo do processo terapêutico -----	33
Quadro 2. Análises funcionais molares dos padrões comportamentais verificados ao longo do processo terapêutico -----	35

Resumo

Este trabalho objetivou apresentar uma experiência de atendimento *online* sob o referencial da Análise Comportamental Clínica, demonstrando possibilidades e desafios nesta modalidade terapêutica. Psicologia e Informática articularam-se apenas recentemente no Brasil, facilitando o trabalho do psicólogo a partir de instrumentos auxiliares e inovando a prática profissional a partir do surgimento da terapia *online*. Esforços regulamentares têm sido feitos para direcionar a atuação do psicólogo nesta modalidade terapêutica, porém as discussões ainda carecem de dados científicos que possam subsidiar esta prática profissional. No atendimento *online*, existem peculiaridades que divergem das que são encontradas em consultório e cuidados éticos e técnicos são necessários. Para tanto, neste trabalho ilustrou-se um caso clínico de Transtorno de Pânico, no qual se aplicou a Análise Comportamental Clínica por meio de atendimento *online*. Verificou-se a viabilidade desse tipo de atendimento, a partir de especial atenção para o estabelecimento da relação terapêutica, o manejo do comportamento verbal, a análise topográfica e funcional, além do uso de regras na Orientação *Online*.

Palavras-chave: Análise Comportamental Clínica; Orientação *Online*; Caso Clínico; Transtorno de Pânico.

Abstract

This study has aimed to present an experience of online attendance under the framework of Clinic Behavioral Analysis, demonstrating possibilities and challenges in this therapeutic modality. Psychology and Computer only recently articulated in Brazil, facilitating the work of the psychologist starting from auxiliary instruments and innovating professional practice from the emergence of online therapy. Regulatory efforts have been made to direct the psychologist action in this therapeutic modality, but discussions still lack of scientific data that can support this professional practice. In online attendance, there are peculiarities that differ from those found in office and ethical and technicians care are needed. Therefore, this paper is illustrated with a case of panic disorder, in which it applied the Clinic Behavioral Analysis through online attendance. It was verified the feasibility of this type of service, starting from special attention to the establishment of the therapeutic relationship, the handling of verbal behavior, the topographic and functional analysis, and the use of rules in the Online Orientation.

Keywords: Clinic Behavioral Analysis; Online Guidance; Clinical Case; Panic Disorder.

Cada vez mais, a tecnologia tem ocupado espaços significativos na rotina e na sociedade humana. Pode-se afirmar que a sociedade tem se organizado de modo a acompanhar as mudanças tecnológicas, sobretudo com o advento da *internet*, a rede mundial de computadores. Por meio dela, barreiras geográficas praticamente inexistem, o acesso a informações se dá de forma ágil e ilimitada e a comunicação face a face dá lugar àquela mediada por uma câmera ou bate-papos, muitas vezes entre pessoas completamente desconhecidas.

Esta mudança tecnológica também tem atingido o campo das profissões. Pode-se observar que a *internet* tem favorecido a flexibilidade das rotinas de trabalho no escritório, estendendo o trabalho ao próprio domicílio. Através dela, é possível realizar entrevistas de emprego *online* por meio de videoconferência, além de aprimorar a qualificação profissional com os cursos de capacitação (curta duração) e até mesmo de graduação e pós-graduação nas mais diversas áreas.

A articulação entre Psicologia e a Informática, apesar de recente no Brasil, já vem sendo feita nos Estados Unidos desde a década de 60. Segundo Prado (2005), Joseph Weizenbaum, em 1966, desenvolveu um sistema inteligente que simula a terapia em que o indivíduo se comunica com o programa através de texto, de modo similar ao que ocorre na terapia convencional. Este programa, chamado ELIZA, foi feito para estudar a linguagem natural dos computadores; no entanto, as falas do computador foram baseadas nas técnicas humanistas de Carl Rogers de fornecimento de *feedback* ao paciente sobre aquilo que ele fala. Apesar de tal estudo ter sido abandonado, este representa um marco da intervenção psicológica com o auxílio dos computadores.

Com a tecnologia, também foi possível facilitar o trabalho do psicólogo através de *softwares* que podem subsidiar a decisão clínica e a coleta de dados e até mesmo a aplicação e a correção de testes psicológicos. Além disso, também houve a união da psicoterapia com a *internet*, introduzida pelos norte-americanos na década de 80 (Santos, 2005).

No Brasil, o atendimento mediado por computador encontrou adeptos no fim da década de 90, conforme Santos (2005). No entanto, tratava-se de iniciativas particulares, ou seja, os psicólogos que praticavam o atendimento *online* experimentavam suas atuações por tentativa e erro, sem fundamentações ou direcionamentos científicos que respaldassem suas atuações. Sendo assim, como se pode imaginar, tal iniciativa encontrou resistências no meio profissional e deixou o público inseguro quanto à sua validação científica. Então, tal assunto tem sido discutido na categoria profissional desde o início dos anos 2000 e o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP) tem gradativamente evoluído.

Inicialmente, na Resolução CFP nº 03/2000, a psicoterapia *online* foi garantida apenas sob as condições de pesquisas, sendo vedada qualquer forma de remuneração do usuário pesquisado (CFP, 2000). Este documento também reconhece como serviços psicológicos mediados por computador aqueles pontuais e informativos que não possuem caráter terapêutico, além da utilização de *softwares* informativos/educativos e testes informatizados devidamente validados.

Atualmente, com a Resolução CFP nº 011/2012, o CFP reconhece como serviços psicológicos mediados por computador as orientações psicológicas de diferentes tipos (limitadas a 20 encontros virtuais), os processos prévios de seleção de pessoal, a aplicação de testes devidamente regulamentados, a supervisão do trabalho de psicólogos (em caráter eventual ou complementar nos cursos de

formação), além de atendimento fortuito de clientes em trânsito e/ou daqueles que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial. Assinala-se que a referida resolução não mencionou a quantidade máxima de sessões nestes casos.

Além disso, esta resolução também estabelece que o atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador pode ser utilizado em caráter exclusivamente experimental, de acordo com protocolos específicos de pesquisa, respeitando o Código de Ética da categoria, sendo vedado ao participante receber remuneração, assegurando condições de sigilo, entre outras especificações (CFP, 2012).

Além disso, a referida resolução também estabelece que, para tais serviços serem efetuados, o profissional deve cadastrá-los no Conselho Regional no qual está inscrito. No *site* do psicólogo ou da clínica, deve conter informações como nome e número de inscrição do Conselho dos profissionais que executam os serviços *online*, além de informações sobre o número máximo de sessões permitidas. Na página principal do *site*, é obrigatória também a disponibilidade de *links* do Código de Ética Profissional do psicólogo, da resolução CFP nº11/2012, do *site* do CRP em que o psicólogo está vinculado e do *site* do CFP no qual consta o cadastro do *site*. Esta resolução estabelece que estes devem ser os únicos *links* a serem disponibilizados no local.

A análise das resoluções do Conselho que estabelecem diretrizes à terapia *online* reflete uma evolução e um tratamento mais sério à causa, pois, a partir do momento em que normatiza a prática, fornece credibilidade ao serviço e ao cliente. Estas resoluções surgiram a partir de discussões na categoria e, sobretudo, em resposta às pesquisas nacionais que surgiram desde os anos 2000. No entanto,

observa-se que, pelo fato de o Conselho ainda estabelecer o caráter experimental da terapia *online*, ainda não há segurança da instituição quanto a esta modalidade de tratamento.

No intervalo entre as duas resoluções, a pesquisa de Santos (2005) questionou o conhecimento dos psicólogos em relação ao atendimento *online*, bem como a sua opinião sobre o tema. Diante disso, observou-se que a grande maioria da amostra demonstrava pouco ou nenhum conhecimento acerca do procedimento. Os que expressaram conhecê-lo mostraram-se muito resistentes às questões levantadas, negando-se a fazer aprofundamentos e até mesmo reagindo com agressividade. Assim, apesar do pouco conhecimento expresso, estes participantes se posicionaram de forma desfavorável à psicoterapia mediada por computador, alegando que, por mais que as deficiências tecnológicas sejam resolvidas, ainda seria um contato limitado e faltaria o calor da proximidade da relação terapêutica, imprescindível para a atuação profissional.

Analisando o posicionamento de restrição experimental do Conselho quanto à regulamentação da terapia *online* e as anteriormente citadas ressalvas de psicólogos, observam-se algumas peculiaridades diante da sua comparação com a terapia convencional, que podem ser avaliadas quanto à sua viabilidade. Para tanto, se faz necessário contextualizar a psicoterapia e suas particularidades, correlacionando-as à modalidade virtual de atendimento.

Segundo descrição oficial do CFP (2000), a psicoterapia consiste em um processo científico de compreensão, análise e intervenção, sendo o resultado da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas reconhecidos cientificamente, pela prática e pela ética profissional, promovendo a “saúde mental”

e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos comportamentais de indivíduos ou grupos.

Tal denominação abrange as diferentes escolas ou abordagens teóricas e técnicas existentes na Psicologia, dentre elas a Análise do Comportamento, que surgiu com as propostas de B. F. Skinner para a compreensão do comportamento humano, com base no Behaviorismo Radical. Tal filosofia também tem suas aplicações na área da Psicologia Clínica, baseada nos princípios derivados da ciência por ele proposta, a Análise Experimental do Comportamento (Marçal, 2010).

A Psicoterapia¹, segundo Skinner (1953/2003), representa uma agência especial que se preocupa em lidar com o comportamento inconveniente ou perigoso para o próprio indivíduo e/ou para a sociedade em geral. Ao contrário de outras agências controladoras (como o governo), ela não é organizada, mas consiste em um fazer profissional, cujos membros possuem procedimentos relativamente padronizados.

Por sua vez, o termo “psicoterapia *online*” foi adotado por Storm A. King para descrever o contato humano, com objetivos terapêuticos, mediado pelo computador, seja de forma grupal ou individual (Prado, 1998). Este serviço pode ser realizado por meio das modalidades assíncrona e síncrona. Na primeira opção, a comunicação não é simultânea e ocorre, por exemplo, através de *e-mails* ou grupos de discussão, como os fóruns. Nesse caso, o cliente manda uma mensagem e o profissional a responde da mesma maneira, geralmente no íterim de 24 horas (Santos, 2005). Por sua vez, na modalidade síncrona, ocorre comunicação simultânea

¹ Skinner, em 1989/1991, refere-se à psicoterapia de forma diferente de terapia. O prefixo “psi” remota ao fato de supor um agente interno ou “eu iniciador” e, assim, o termo terapia acaba sendo o mais adequado. “Psicoterapeuta” é reservado àqueles que atribuem as causas do comportamento à mente e “terapeuta” se torna o termo mais coerente com a pressuposição de que o objeto de estudo da ciência do comportamento é o próprio comportamento, sem causas psíquicas e sem mediação cognitiva para tal.

entre dois ou mais indivíduos, como os bate-papos (*chat*) e as videoconferências. Cabe destacar que, na literatura da área, não se observa um consenso quanto ao nome utilizado para descrever a psicoterapia *online*. Santos (2005) elenca como sinônimos os termos psicoterapia mediada por computador, terapia *online*, e-terapia, ciberterapia, ciberatendimento, entre outros. No entanto, há outras designações que deixam claro o caráter pontual e a delimitação do caráter de orientação e não de terapia, como orientação psicológica *online*.

Sabe-se que a motivação por ajuda psicológica muitas vezes implica em uma busca rápida por soluções quanto ao sofrimento decorrente de contingências aversivas. Segundo Meyer e Donadone (2002), um trabalho terapêutico tem como função promover mudanças comportamentais que diminuam o sofrimento e que visem ao aumento de contingências reforçadoras. Tal processo ocorre por meio da relação interpessoal, através de procedimentos como modelagem, modelação, descrição de variáveis controladoras e consequências dos comportamentos, aplicação de técnicas específicas, além da orientação (Meyer & Vermes, 2001).

As orientações, conforme Meyer e Donadone (2002), podem ser conceituadas como descrições do comportamento feitas pelo falante a serem executadas pelo ouvinte. Ressalta-se que estas descrições acompanham consequências explícitas ou implícitas da ação orientada. Por outro lado, as auto-orientações se referem àquelas ditas pelo cliente para si mesmo.

O uso da orientação pressupõe a utilização de regras, pois ambas estão ligadas entre si. Isso equivale dizer que, quando os terapeutas orientam seus clientes sobre alguma situação, estão muitas vezes verbalizando regras, que podem ou não ser seguidas. Skinner (1953/2003; 1963/1969, *apud* Veiga & Leonardi, 2012) definiu regra como um estímulo discriminativo verbal que indica uma relação de reforço. Por

meio dela, é possível aprender uma resposta completamente nova sem que seja necessário o contato direto com as contingências.

Para Corey (1979/1983) e Miranda e Miranda (1993), apesar de existirem clientes que buscam terapia para pedir (e às vezes exigir) um conselho diante de algum problema, as tarefas do profissional devem consistir em ajudá-lo a descobrir suas próprias soluções e encontrar seu caminho sem ajuda direta do terapeuta. Conforme Meyer e Donadone (2002), tais posicionamentos convergem com os pressupostos clínicos da Análise do Comportamento, embora destaquem casos em que a orientação direta se faz necessária, como quando o cliente não tem domínio da área, quando se encontra claramente em perigo de prejudicar a si mesmo ou a outros, ou mesmo quando se vê temporariamente incapacitado para fazer opções. Em qualquer uma das situações, porém, as autoras acrescentam que a decisão final sempre é do cliente.

Veiga e Leonardi (2012) destacam que produzir uma nova resposta a partir de uma descrição verbal apresenta vantagens, como, por exemplo, economizar tempo na geração da resposta, evitar possíveis danos da exposição direta às contingências e instalar ou manter respostas cujas consequências são atrasadas ou opostas às consequências imediatas. Além disso, quando o clínico descreve contingências pode auxiliar e/ou complementar o controle de respostas que foram aprendidas por outros meios.

Por outro lado, Meyer e Donadone (2002) destacam algumas desvantagens na utilização de regras, sendo uma delas a insensibilidade a contingências. Isso quer dizer que, quando as contingências mudam, as regras não se alteram. Assim, o comportamento descrito na regra pode demorar muito para se adaptar ou, até mesmo, pode não fazê-lo. Além disso, algumas regras são parcial ou totalmente inacuradas,

ou seja, suas descrições podem não descrever fielmente as contingências ambientais. Medeiros (2010) ainda acrescenta que o seguimento de regras pode provocar dependência: por exemplo, quando o terapeuta diz ao cliente o que fazer, não proporciona condições para que ele próprio encontre as suas soluções.

Frente a estas desvantagens, do ponto de vista da Análise do Comportamento, o terapeuta deve evitar emitir regras para seus clientes. Deve-se, portanto, estimular que o cliente exponha-se às contingências e formule, ele próprio, descrições a respeito destas. Estas descrições, quando formuladas pelo cliente, são chamadas de autorregras que, de acordo com Skinner (1969/1984) são regras formuladas, emitidas e seguidas pela própria pessoa, que exerce os papéis de falante e ouvinte.

Considerando que o CFP alega o caráter temporário do atendimento, chamando-o de “orientação *online*”, questiona-se a respeito da prevalência dos aconselhamentos nesta modalidade terapêutica, uma vez que o termo “orientação” pode servir de estímulo para que o cliente exija regras ou para que o terapeuta as emita. Quanto a isso, Meyer (2005), em um estudo que compara a terapia presencial e a terapia *online* na modalidade assíncrona por meio de texto, constatou que uma das semelhanças entre ambas foi a baixa proporção de palavras com orientação. Também foi constatado que houve maior número de palavras emitidas pelo cliente que pelo terapeuta, nas duas modalidades terapêuticas.

No mesmo trabalho, Meyer (2005) correlacionou as variáveis de experiência clínica de terapeutas comportamentais e quantidade de orientações na terapia presencial e na *online* (independente da abordagem terapêutica), constatando que terapeutas comportamentais experientes deram, em média, menos orientações por sessão que terapeutas pouco experientes. Além disso, a pesquisadora observou que a

média de orientações por terapia via *internet* foi ainda superior à das sessões dos terapeutas pouco experientes.

Ademais, Meyer (2005) afirmou que as diferenças mais relevantes encontradas nas duas modalidades terapêuticas se referem à terapia *online* através de texto. Como o tempo dedicado à escrita é maior que o tempo para verbalizar, pode-se questionar sobre o aproveitamento deste tipo de atendimento, uma vez que a duração da sessão é, geralmente, a mesma de uma terapia presencial (entre 50 minutos e 1 hora). Uma alternativa para isso é o atendimento por meio de videoconferências, que elimina essa variável, proporcionando um melhor aproveitamento do tempo da sessão.

Outro questionamento em torno da dicotomia atendimento *online*/atendimento presencial refere-se à relação terapêutica. Baum (1994/1999) conceitualiza o termo “relação” como um conjunto de interações regulares entre indivíduos onde está intrínseco o reforço mútuo. No caso da relação terapêutica, há uma interação entre duas pessoas na qual há um caráter de ajuda. Assim, o terapeuta, profissional dotado de conhecimentos e de habilidades técnicas, procura favorecer um contexto para que o cliente consiga ultrapassar os obstáculos que vêm enfrentando (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Skinner, 1953/2003).

Skinner (1953/2003) ressaltou que o fator motivacional para clientes buscarem terapia consiste na situação de estimulação aversiva em que se encontram. Caso o terapeuta demonstre, por meios diretos e indiretos, ser capaz de modificar aquele sofrimento do cliente, inicia-se a construção de uma relação reforçadora entre ambos. Segundo ele, a primeira tarefa do terapeuta é conseguir tempo, criar meios de o contato ter continuidade e de se tornar reforçador, uma vez que tais medidas se mostram efetivamente terapêuticas.

Assim, é mister estabelecer um relacionamento em que prevalece a audiência não punitiva, que permita a livre expressão do cliente, o relato isento de censura de aspectos clinicamente relevantes (Wielenska, 2012). As duas vertentes iniciais da psicoterapia comportamental (Modificação do Comportamento e Terapia Comportamental) deram ênfase aos procedimentos e técnicas empiricamente validados. A relação terapeuta-cliente, conforme Alves e Isidro-Marinho (2010), dava-se exclusivamente para viabilizar o emprego das técnicas indicadas para o caso. Ferster (1972, *apud* Alves & Isidro-Marinho, 2010) foi o primeiro autor analítico-comportamental a destacar a importância da relação terapêutica como instrumento de mudança.

Para o autor, era possível generalizar estímulos operantes e respondentes de padrões comportamentais do cliente para dentro do contexto clínico. Assim, os comportamentos-alvo originados fora da terapia tenderiam a ocorrer na relação do cliente com o terapeuta (Ferster, 1972, *apud* Alves & Isidro Marinho, 2010). O foco da análise seria, então, a relação construída por meio da interação terapeuta-cliente, ao invés de apenas o comportamento deste.

A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), proposta por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), embasa-se nas ideias de Ferster; porém, assume uma postura mais extremista por defender que a intervenção se dá exclusivamente pela relação terapêutica. A FAP é a responsável pela introdução do conceito de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), descrevendo-os como aqueles relacionados à queixa e que ocorrem durante a sessão e ainda classificando-os como CRBs 1, 2 e 3.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) definem CRB1 como tipicamente aqueles comportamentos que são esquivas sob controle de estímulos aversivos. Alves & Isidro-Marinho (2010) ainda acrescentam que os CRBs1 se referem às respostas que

não têm funcionado no ambiente do cliente (por punição ou extinção) ou funcionando parcialmente (por exemplo, quando estão sendo reforçadas esporadicamente, ou reforçadas em curto prazo, no entanto, punidas em longo prazo). São os problemas vigentes do cliente cuja frequência necessitaria ser reduzida ao longo da terapia.

Por sua vez, os CRBs2 consistem nos progressos do cliente que ocorrem na sessão. Como se pode perceber, são comportamentos desejáveis e o que a FAP delibera é que eles devem ser reforçados a fim de que possam aumentar de frequência ao longo da terapia. Já os CRBs3 dizem respeito às falas dos clientes sobre seu próprio comportamento e as razões que controlam o seu surgimento e/ou sua manutenção. Isto é, são interpretações que os clientes fazem acerca de seu próprio comportamento, o que envolve não só a sua observação e interpretação, mas também os estímulos reforçadores, discriminativos e eliciadores associados a ele (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Os CRBs3, assim como os CRBs2, são desejáveis no repertório do cliente, uma vez que é esperado que o cliente consiga realizar as análises funcionais de comportamentos, não apenas os seus, mas os dos outros de seu convívio. Ou seja, tal situação converge ao autoconhecimento descrito por Skinner (1953/2003).

Prado (2002) elaborou um estudo que avaliou a possibilidade de uma relação terapêutica estabelecida virtualmente, em uma terapia grupal assíncrona por meio de fóruns de discussão. O pesquisador aplicou o instrumento *Working Alliance Inventory* (WAI, de Horvath & Greenberg, 1989), nos terapeutas e nos clientes em três momentos distintos da terapia (5^a, 10^a e 15^a, sendo esta a última sessão), observando que a relação terapêutica se formou a partir da 5^a semana de terapia, mantendo-se estável no decorrer de 15 semanas de tratamento. Assim, a relação

terapêutica na modalidade *online* forma-se e se mantém estável de formas semelhantes às descritas na literatura da terapia presencial, mostrando que a comunicação assíncrona via *internet* também favorece um clima agradável e produtivo entre terapeutas e clientes.

Uma vez preservada a relação terapêutica, elemento essencial no trabalho do psicólogo, a possibilidade de essa se estabelecer via *internet* indica que é possível existir psicoterapia por esta via. No entanto, Prado (2002) ainda delimita algumas diretrizes para estudos posteriores, uma vez que são necessárias mais pesquisas para consolidarem os achados de seu trabalho em outras modalidades de terapia virtual. Isto se deve ao fato de que, em seu estudo, não houve abrangência a atendimentos por meio de videoconferências, por exemplo.

Ainda na interface entre Análise do Comportamento e atendimento mediado por computador, podem-se elencar outras contribuições desta ciência, como as ferramentas utilizadas na prática clínica convencional. Uma delas é a análise funcional, instrumento básico de avaliação e intervenção na terapia comportamental. Haynes e O'Brien (1990) a definem como a identificação de relações relevantes, controláveis, causais e funcionais aplicáveis a um conjunto específico de comportamentos-alvo para um cliente individual.

Alguns autores (e.g., Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno & Tourinho, 2010), por sua vez, preferem o termo “análise de contingências” para descrever a análise funcional, acreditando que este seja mais adequado ao contexto aplicado, onde não é possível manipular variáveis de controle em potencial de um comportamento, ao contrário do laboratório. Eles asseveram que o termo designado não se referiria a um procedimento historicamente caracterizado por forte rigor metodológico, mas sim a outro que permite uma avaliação adequada das

contingências que estão em vigor na vida do paciente. Neno (2003) defende que a análise funcional, nesse contexto, tem sido apontada como um pré-requisito para a avaliação clínica, sendo ainda identificada como o caminho mais efetivo para o planejamento da intervenção. Embora possa ser utilizada em indivíduos e em grupos, há o caráter idiossincrático da avaliação, ou seja, as análises são específicas àquele indivíduo.

Conforme dito em Costa e Marinho (2002), independente de onde os analistas desenvolvam sua prática profissional, a análise funcional ocupa um ponto central. Caballo (2012) alega que ela é imprescindível na avaliação dos transtornos psicológicos para os profissionais da saúde “mental” que tenham a orientação analítico-comportamental ou cognitivo-comportamental. No atendimento *online*, portanto, entende-se salutar também realizar a formulação comportamental, utilizando-se de análises funcionais, uma vez que se trata de uma ferramenta básica de avaliação². Avalia-se como imprescindível a análise de contingências que causam sofrimento ao cliente e que o levaram a procurar ajuda terapêutica.

Além da análise funcional, no atendimento *online* podem ser realizadas outras técnicas que usualmente são utilizadas na terapia presencial. As habilidades de perguntar (formular perguntas abertas e fechadas, operacionalizar informações, parafrasear, refletir sentimentos, sumarizar e outros), assim como as habilidades empáticas (demonstrar acolhimento e empatia diante do sofrimento alheio) e não verbais (apresentar voz modulada, suave e firme, estabelecer contato visual, voz com velocidade moderada, gestos ocasionais com a mão, entre outros) descritas em Silvares e Gongora (1998), a nosso ver, fazem-se oportunas no atendimento *online*, assim como no presencial, já que ambos envolvem uma entrevista técnica.

² Uma melhor descrição dos objetivos e da construção de uma formulação comportamental pode ser obtida em Moraes (2010) e Ruas, Albuquerque e Natalino (2010).

É importante que as perguntas, na fase de coleta de dados, busquem identificar elementos das contingências controladoras dos comportamentos-queixa do cliente e que forneçam subsídios para as análises funcionais, recomendações descritas em Medeiros e Medeiros (2011). Conforme estes autores, o questionamento reflexivo é a técnica que abrange sequências de perguntas abertas e reforçamento diferencial natural para que haja a emissão de autorregras, a substituição de regras imprecisas por outras mais úteis, o treino de observação e de descrição do comportamento do cliente e o desenvolvimento do repertório necessário para a realização de análises funcionais.

No âmbito da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) – um enfoque terapêutico embasado na Análise do Comportamento que tem por objetivo enfraquecer a esquiva emocional e aumentar a capacidade para mudança comportamental – destacam-se algumas estratégias de intervenção, como levar o cliente a discriminar que a tentativa de controle dos eventos privados constitui-se em um problema, o abandono da luta contra os sentimentos e pensamentos “ruins” e a substituição do foco dos sentimentos para as ações (Brandão, 1999).

Além destas estratégias, as metáforas também constituem excelentes alternativas para tratar conteúdos com o mínimo de resistência possível com o cliente, sendo estratégias tipicamente utilizadas na ACT. Boavista (2012) as define como recursos linguísticos que transportam um tema sintomático, já enrijecido e sob controle emocional, para uma nova cadeia relacional, tornando possível o contato com a realidade e tomada de consciência plena da experiência.

É importante destacar que, embora no atendimento *online* o acesso à topografia do cliente seja limitado em virtude do enquadramento da câmera, é

importante que o clínico fique atento a expressões faciais, buscando também adequá-las ao contexto, uma vez que a conexão pode dessincronizar imagem e som.

Ademais, é mister ressaltar que uma das questões oportunas no que se refere à ética desse tipo de atendimento é em como manejar situações de crise. Prado (2002), apoiado em outros autores, destaca que não há pesquisas suficientes na área. Childress e Asamen (1998) relatam a necessidade de o pesquisador ou o clínico, manter um canal de comunicação, variando as fontes de contato com o cliente, como *e-mail*, telefone, sem perder de vista a possibilidade de encaminhamento para profissionais que residam na localidade do cliente.

As peculiaridades anteriormente descritas acerca do atendimento *online* podem ser agrupadas em termos de vantagens e desvantagens. Sander (1996, *apud* Prado, 2002) relata algumas vantagens do atendimento *online*, como a possibilidade de gravação das sessões e a acessibilidade às pessoas idosas, deficientes ou que vivem em áreas remotas. Além disso, a terapia *online* é uma oportunidade para pessoas que moram em localidades onde não há profissionais especializados ou que apresentam resistências em procurar terapia face a face (Grohol, 1998; Weinberg, Uken, Schmale & Adamek, 1995; Sampson, Kolodinsky & Greeno, 1997, *apud* Prado, 2002).

Embasado em outros autores, Prado (2002) elencou vantagens da terapia *online*, como a facilitação do processo de supervisão na terapia assíncrona (uma vez que o supervisor pode ler a mensagem do terapeuta antes que essa seja enviada), o preenchimento de formulários e tarefas de casa, e a diminuição da preocupação e ansiedade relacionados à terapia, pois esse tipo de atendimento não envolve tanta exposição quanto o ambiente do consultório, em que é inevitável o encontro com o terapeuta e de clientes de outros horários.

Por outro lado, Prado (2002), também apoiado em outros autores, destacou algumas desvantagens do atendimento *online* em comparação ao presencial. Com o asseguramento do anonimato nos contatos por *e-mail*, por exemplo, os atendimentos *online* poderiam trazer dificuldades à obtenção da real identificação do cliente, (Zacharias, 2005), o que demandaria estratégias para evitar dados falsos. Além disso, tem-se também ausência de legislações aplicáveis a esta modalidade de tratamento, dificuldade quanto à verificação de credenciamento do profissional e de avaliação e diagnóstico do cliente (sobretudo naquelas que só se utilizam de mensagens de texto), possibilidade de interrupções e distrações por se tratar de um ambiente, muitas vezes, não destinado a este fim (ao contrário do consultório), além da necessidade não só do preparo técnico, mas do correto manuseio dos programas de conversação.

Ainda sobre as desvantagens, Sander (1996, *apud* Prado, 2002) também destacou que há uma desorganização na comunicação síncrona por meio de bate-papos, pois os membros publicam as mensagens ao mesmo tempo. No que tange à comunicação assíncrona, o autor destaca que ela, ao contrário, evita a fragmentação do discurso e encoraja interações com menos conotação afetiva, favorecendo o diálogo, sugerindo ainda que a combinação das duas também constitua em uma boa opção, embora ainda perceba que esse assunto carece de maior exploração científica.

Observa-se, portanto, a necessidade de pesquisas para que sejam conhecidas as variáveis que podem interferir no processo terapêutico e que, assim, haja um delineamento de cuidados a serem tomados nesta modalidade de atendimento em prol da “saúde mental” do paciente, zelando pelos princípios éticos do fazer profissional. Liebesny (2000), por sua vez, enfatiza a necessidade de maior embasamento teórico e realização de pesquisas para a avaliação da adequação de

serviços de atendimento terapêutico mediado pelo computador. Recomenda o autor que tais estudos sejam feitos segundo parâmetros oficiais propostos para pesquisas com seres humanos. A presente monografia tem o objetivo de apresentar uma experiência de atendimento *online* sob o referencial da Análise do Comportamento. Embora não sejam utilizados métodos de pesquisa científica, pretende-se demonstrar possibilidades e desafios nesta modalidade terapêutica.

Método

Descrição do Participante

Pedro³, sexo masculino, tinha 29 anos. Com escolaridade de ensino superior completo, trabalhava como servidor público havia 6 anos. Além disso, estava casado havia cerca de 4 anos, em uma relação sem filhos. Na época dos atendimentos, estava passando uma temporada de 2 meses no exterior, a trabalho, na companhia de sua esposa, Eva. A condição socioeconômica foi descrita como classe média alta.

O estudo de caso foi autorizado pelo cliente de acordo com documento de autorização para supervisão, no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento – IBAC, segundo modelo apresentado no Anexo 1.

Queixas e Demandas

A procura pelo atendimento deu-se quando o cliente estava na primeira semana de sua segunda viagem a trabalho no exterior, onde deveria passar um período de 2 meses. Estava acompanhado de sua esposa, que mediou a busca por seu atendimento. A queixa do cliente relacionava-se ao medo do reaparecimento de sintomas de ansiedade e depressão que apresentou em sua primeira temporada no exterior, há cerca de 2 anos, e que o fez afastar-se de licença em um período longo até seu retorno ao Brasil. Salienta-se que o cliente não havia estado no exterior a passeio, tendo experiências estrangeiras apenas a trabalho.

No início dos atendimentos, o cliente relatou choro intenso durante a viagem e medo de não conseguir se adaptar no exterior, como ocorreu anteriormente. Tais momentos foram acolhidos por sua esposa, que lhe reassegurava e lhe dava apoio.

³ Nome fictício. Todos os dados que permitiriam a identificação do cliente foram alterados ou omitidos.

Cabe destacar que, na primeira viagem, o cliente relatou sentimentos de despersonalização, ansiedade, ondas de calor no corpo e apatia, descrevendo histórico desses sintomas apenas no falecimento de sua avó materna, 10 anos antes. Tais sintomas foram vivenciados por um período aproximado de 7 meses.

Com a queixa inicial de medo de que esta permanência no exterior pudesse indicar o reaparecimento dos sintomas anteriores e, conseqüentemente, em uma perturbação de sua rotina laboral, o mandato terapêutico foi o de prevenir episódios de ansiedade que pudessem prejudicar a sua adaptação ao exterior, até que pudesse retornar ao Brasil, onde realizaria psicoterapia convencional.

Contexto Terapêutico

Os atendimentos foram realizados na modalidade *online* através do programa de *chat* e videoconferência *Skype*. O vínculo profissional se deu através de uma instituição devidamente autorizada pelo CFP para Orientação Psicológica *Online*.

Para assegurar ao cliente um ambiente neutro, com as condições de sigilo e ética profissional, escolheu-se o escritório da aluna-terapeuta como local de atendimento, utilizando-se *notebook*, fone de ouvido, microfone e câmera.

Procedimento

Ao todo, foram realizados cinco atendimentos através do programa *Skype*, com frequência semanal e duração de 1 hora cada. A modalidade terapêutica utilizada foi a Análise Comportamental Clínica, embasada nos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical. Em menor grau, utilizaram-se princípios da Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

Os três primeiros atendimentos tiveram como objetivo principal o estabelecimento da relação terapêutica para, a partir dela, coletar dados em busca da compreensão do caso e também do diagnóstico. Além disso, estabeleceu-se o contrato terapêutico, com as regras peculiares ao processo de psicoterapia *online*. As duas últimas sessões, por sua vez, foram destinadas essencialmente à intervenção com técnicas comportamentais e encaminhamento à terapia presencial. Destaca-se que a esposa de Pedro foi solicitada pela terapeuta para participar ativamente do tratamento na fase da intervenção. As estratégias terapêuticas utilizadas ao longo do processo terapêutico foram audiência não punitiva, uso de metáforas, reforço de CRB 2 e CRB 3, validação de sentimentos, perguntas abertas e questionamentos reflexivos, registro de frequência de episódios de ansiedade, relaxamento e orientação à esposa.

Cabe destacar que também se utilizou de trocas de correspondências por *e-mail* no intervalo entre as sessões, tanto entre a aluna-terapeuta e o cliente, quanto entre esta e a esposa dele. Os contatos por *e-mail* foram realizados com o objetivo de orientar o cliente e sua esposa quanto às demandas pontuais relacionadas à ansiedade e à adaptação ao exterior.

Resultados

Os resultados deste processo terapêutico serão apresentados com base na formulação comportamental realizada ao longo das cinco sessões. Cabe destacar que a terapia já havia sido encerrada quando da redação deste trabalho.

1. Formulação Comportamental

1.1. Repertório e Contingência de Reforçamentos Atuais

Pedro estava casado com Eva, sua primeira namorada, havia cerca de 4 anos. Ambos apresentavam históricos de vida bastante peculiares: ambos tinham pais alcoolistas e ausentes, além de Eva ter passado por eventos traumáticos, como ter sido testemunha do assassinato de seu irmão, evento que ocorreu durante o namoro deles. Dessa forma, ambos tinham sido expostos a eventos aversivos, o que favorecia apoio mútuo.

Verificou-se que Eva era a grande fonte de reforço positivo que Pedro tinha, o que gerava certa dependência. Pedro também tinha uma autocobrança em torno de poder satisfazê-la em todos os sentidos, uma vez que, para acompanhá-lo nas viagens, Eva teve que abdicar de sua carreira e sua independência financeira. Assim, Pedro sentia que precisava cumprir a jornada de trabalho no exterior para poder manter a imagem de bom marido e bom homem que sua esposa via e que reforçava positivamente.

Nos contatos com Eva, através do *Skype* e por *e-mails*, foi possível detectar que ela costumava elogiar o esposo para a terapeuta – às vezes na presença do marido – alegando, por exemplo: “Eu o amo muito. Ele é um homem extraordinário, maduro, respeitoso, cavalheiro, inteligente e amável. Excelente marido. Não tenho do que

reclamar. Graças a Deus por isso”, trecho retirado do primeiro contato por *e-mail*. Assim, observa-se que tal comportamento é enquadrado como um clinicamente relevante que ocorre dentro da sessão, denotando que o mesmo ocorre em seu ambiente natural, constituindo uma variável relevante para o quadro clínico de pânico de Pedro.

O cliente se encontrava no exterior há 10 dias antes da consulta, onde precisava permanecer inicialmente por 2 meses em um país e por mais 1 ano em outra nação. Embora tenha relatado que os meses anteriores à viagem haviam sido de “enamoramento” com a ideia de voltar ao exterior, estabelecendo metas e criando expectativas juntamente com a esposa, quando o cliente esteve às vésperas de embarcar na última conexão – já no exterior –, sentiu-se ansioso e teve uma crise de choro, verbalizando à esposa seu medo de fracassar e sua vontade de voltar para casa. Neste momento, ambos estabeleceram que tentariam apenas o período inicial de 2 meses necessários do trabalho e a esposa reassegurou que nada de ruim iria lhe acontecer.

Desde a chegada à cidade, Pedro referiu boa adaptação. A cidade tinha temperaturas muito baixas, mas o cliente tinha acesso a vários reforços: por merecimento, assumiu uma função rara para pessoas em seu nível de carreira, tinha motorista à sua disposição na cidade, tinha uma equipe pequena e com bom nível de produtividade, além de ter encontrado um clima amistoso de trabalho. Além disso, a cidade era tida por ele como muito bonita e agradável.

No entanto, o quadro de alta ansiedade em sua primeira viagem ao exterior e toda a constatação de vulnerabilidade e incontrolabilidade de eventos aversivos, atormentavam o cliente. Com frequências cada vez maiores, ele começou a pensar que estar no exterior poderia significar ter outra crise, pela similaridade das duas

situações. Os sintomas de ansiedade comumente ocorriam sob a forma de ondas de calor pelo corpo, geralmente quando estava ocioso, quando chegava ao hotel e também ao dormir, à noite.

Salienta-se o comportamento de Eva diante das crises de Pedro: ela buscava compreendê-lo (“Procuro ser mais que uma mulher, procuro apoiá-lo, ser amiga e companheira e a recíproca tem sido a mesma”) e lhe reassegurar de que nada de ruim iria lhe acometer. No entanto, Eva também aplicava punições positivas, em parte pela frustração em não conseguir lhe garantir a invulnerabilidade, como pode ser visto neste trecho:

“Ontem eu acho que peguei pesado com ele, porque tentei mostrar para ele que tudo o que ele pensa e sente é fruto da imaginação e que eu sinto as (sic) vezes que tenho dois marido (sic), um em (...) e outro no exterior e ele deveria ser um apenas. Isso deixou ele assustado e chorou muito. Depois pedi desculpas e disse que não era minha intenção deixar ele daquela forma mas que eu não quero sentir que estamos aflitos esperando a qualquer hora a próxima crise e que devemos viver nossos poucos dias aqui em (...) com mais tranquilidade. No entanto, percebo que é um processo e que eu devo manter a calma e a serenidade para apoiá-lo no que for necessário.”

1.2. Relação Terapêutica

Com Pedro, foi possível estabelecer uma boa relação terapêutica. Ele era assíduo e pontual nos atendimentos e, diante das dificuldades ao longo da semana, entrava em contato com a terapeuta através de *e-mail*, sobretudo na última semana de sessões.

O modo como Pedro se comportava nos atendimentos (com cordialidade, e respeito, apresentando boa fluência verbal) representava uma amostra de como ele se comportava em seu ambiente natural. Com polidez e demonstrando altas habilidades e conhecimento, Pedro provocava admiração na terapeuta. Tal reação, muito possivelmente, era similar a que tinham as pessoas de seu ambiente natural, o que poderia contribuir para que sentisse necessidade de manter sempre a mesma imagem, gerando significativa autocobrança e temor quanto a eventos aversivos e incontroláveis.

Ao mesmo tempo em que Pedro provocava admiração na terapeuta em virtude de seu histórico de resiliência diante dos eventos adversos, suas repetitivas queixas acerca do medo do reaparecimento dos sintomas eliciava níveis razoáveis de ansiedade nela, que buscava meios de assegurar maior bem-estar ao cliente enquanto estivesse fora de seu país de origem. É possível, também, que esta reação pudesse ser similar à que Eva tinha diante do comportamento queixoso de Pedro.

1.3. Histórico de Vida

1.3.1. Histórico Familiar

O cliente em questão é proveniente do segundo relacionamento de sua mãe. É o terceiro filho de uma prole de quatro, sendo que os dois primeiros são unilaterais (dois do sexo masculino, com idades entre 34 e 36 anos) e a caçula é do sexo feminino, com 28 anos de idade.

Os pais de Pedro se separaram quando ele tinha cerca de 6 anos de idade e, após o divórcio, ele visitava seu pai com frequência de uma vez por mês. Houve distanciamento de ambos ainda no início do regime de visitação, e Pedro passou a não querer mais contato com o pai. O cliente referiu que sentia que o pai seguia com

o esquema de visitas apenas por obrigação, apoiando-se no fato de que seu pai não mantinha contato com ele desde então, sem interesse em retomar o relacionamento.

O pai era alcoolista e, segundo Pedro, costumava agredir seus irmãos unilaterais. Este foi o motivo alegado pela mãe para justificar a separação, mas ele só soube quando já estava adolescente. A respeito do comportamento agressivo de seu pai, Pedro alegou que se lembra de apenas um episódio em que ele agiu com agressividade diante de uma travessura infantil.

Quanto ao relacionamento materno-filial, Pedro o referiu como “ambíguo”, caracterizando-o como uma relação coercitiva, sufocante e com excesso de superproteção. A mãe se preocupava excessivamente com atrasos mínimos de seus filhos, fazendo previsões catastróficas, como julgar que haviam sido vítimas de acidentes, assassinatos ou de mal-estar súbito. Ao passo disso, Pedro sentia grande ansiedade na ausência de sua mãe, juntamente com seus irmãos, especialmente o mais velho. Nestas situações, este verbalizava, chorando, seu medo de que tivesse acontecido algo com sua mãe, e Pedro vivenciava tais contextos com muita ansiedade. Estes exemplos aconteciam após a separação dos pais, antes da puberdade.

Sua mãe não aceitava namoradas de nenhum de seus filhos, inclusive ameaçava criar situações com a finalidade de forçar o rompimento dos relacionamentos. Com Eva, sua primeira namorada, não foi diferente: o relacionamento se iniciou apenas quando – aos 23 anos e recém-formado – foi morar sozinho em outro Estado e, assim que a mãe soube, posicionou-se contra. Esta alegava que o filho estava preferindo a então namorada por ter diminuído a ajuda financeira que ofertava à família, difamando Eva e expressamente opondo-se à relação.

Segundo Eva, suas tentativas de relação cordial com a sogra não tiveram êxito, fatores que antecederiam discussões entre o casal. Eva alegava “não querer viver um inferno familiar” e Pedro pedia para ela aceitar e esquecer que ele tinha família.

O casamento não contou com a presença de nenhum de seus familiares, e durante cerca de 5 anos, Pedro não tinha contato com os mesmos. Nesse contexto, ele foi se aproximando da família da esposa, obtendo reforçadores que não obtinha em sua família nuclear (respeito, consideração, afeto, entre outros). O contato com seus familiares deu-se apenas quando teve o primeiro episódio de pânico, por iniciativa de Eva.

Salienta-se que o relacionamento com seu irmão mais velho não era de boa qualidade. Pedro discordava do comportamento da mãe em restringir suas atividades em virtude de seu irmão ter Transtorno de Pânico. Este não saía de casa e alegava que não gostava de ficar sozinho, estando privado de ocupações e relacionamentos íntimos. Já o relacionamento com os outros irmãos era de proximidade, especialmente com a irmã mais nova.

Destaca-se que, até o primeiro episódio de ansiedade, sua família ainda não o havia visitado na cidade onde residia. No caso, Pedro precisava deslocar-se até a cidade de origem. Apenas uma vez a irmã e a mãe foram visitá-lo, após o episódio de pânico.

1.3.2. Socioafetivo

Pedro sempre priorizou os estudos e, assim, teve lazer restrito ao longo de sua vida. Tímido, estabeleceu poucos laços afetivos na infância e também na fase adulta. Na época dos atendimentos, considerava como amigos aqueles que tinham ligação com sua esposa. Quando se mudou de cidade, após a formatura, sentiu-se mais livre e

mais desenvolvimento, conseguindo ampliar sua rede de apoio social e também estabelecendo vínculos afetivo-sexuais.

No que se refere ao histórico afetivo, Pedro indicou Eva como sua primeira namorada. Antes dela, teve poucos e passageiros relacionamentos na puberdade e adolescência. Quando se mudou, atingiu a independência financeira e também se engajou em atividades de lazer, ocasião em que conheceu Eva, que era 2 anos mais nova.

Pedro, acreditando que os ideais de um casamento seriam a cumplicidade, o companheirismo e o apoio para atingir objetivos individuais e conjugais, casou-se com Eva após algum tempo de namoro, totalizando cerca de 7 anos de relacionamento. Segundo ele, Eva era carinhosa, compreensiva e atenciosa. Ele alegou sentir-se “completo” no relacionamento, pois tinha encontrado nela a possibilidade de compor uma família, esforçando-se para evitar circunstâncias similares ao casamento de sua mãe. A função de esposo assumida pelo seu pai serviu como um modelo a não ser seguido. Dessa forma, o cliente ficava sob o controle instrucional de sempre satisfazer sua esposa, mantendo a qualidade de desempenho (o que chamou de “bom marido”).

Ao lado de Eva, Pedro também encontrou contingências reforçadoras a que não teve acesso em sua família e cidade de origem. A família nuclear e extensa da esposa lhe acolhera como filho e, deparando-se com as divergências entre a sua família e a de Eva, afastava-se cada vez mais de seus familiares e se aproximava da família da esposa. Morando em outra cidade, casado com Eva, tendo o apoio de uma família substituta e trabalhando no que gostava, Pedro dizia ter uma vida perfeita.

Eva sempre expressou o seu desejo em morar no exterior, embora Pedro tivesse receios em fazê-lo, uma vez que quando foi morar sozinho sentiu muita ansiedade

durante a adaptação. Diante da oportunidade de trabalhar fora do Brasil, Pedro a aceitou, uma vez que aliou a importância da proposta para sua carreira e também o desejo da esposa. Considerando que Eva teve que abdicar de sua rotina de estudo e trabalho para acompanhá-lo, Pedro se sentia cobrado quanto a superar as dificuldades da vida em outro país para satisfazê-la.

Destaca-se ainda que o cliente tinha o mesmo comportamento de sua mãe: tinha muita ansiedade diante de afastamentos temporários da esposa, sobretudo quando a comunicação era inviabilizada por algum motivo, formulando hipóteses catastróficas. Assim, Pedro ficava inquieto e muito preocupado quando não conseguia falar com sua esposa pelo celular, sempre pensando que o pior tinha acontecido. Ressalta-se, ainda, que Pedro se achava machista quanto ao comportamento de prover todas as necessidades de sua esposa, sejam elas materiais ou emocionais. Por sua vez, Eva sempre reforçara o comportamento exemplar de Pedro como homem e como esposo.

1.3.3. Acadêmico-profissional

Pedro teve sua formação educacional básica totalmente realizada em escola pública. Teve seu repertório de estudos reforçado pela mãe e também pelo reconhecimento social dos seus educadores. Na adolescência, deixou de mostrar seu boletim à mãe pelo fato de ela não mais reforçar tal comportamento, alegando não estar mais surpresa com as boas notas. No entanto, persistiu priorizando os estudos em detrimento do lazer ou envolvimento afetivo. Desejava se formar e também almejava sua independência financeira.

Pedro não teve frustrações em sua trajetória acadêmica: ao término no ensino médio, já havia escolhido o curso superior, obtendo êxito na primeira tentativa do vestibular. Salienta-se que seus familiares reagiram com descrédito diante de suas

aspirações profissionais, o que fazia Pedro sentir muita mágoa deles, embora isso não tenha interferido em suas metas.

Para estudar o curso que sempre desejou em uma reconhecida universidade, passava cerca de duas horas em cada trajeto de transporte público para assistir à aula. Vivenciava outras dificuldades, sobretudo quanto às restrições financeiras, como comprar livros e comida. Durante os quatro anos de ensino superior, esteve privado de relacionamentos afetivos e sexuais, focado completamente no objetivo de fazer uma boa trajetória profissional.

Recém-formado, aos 22 anos, passou no concurso público desejado, para o cargo em que atua até a atualidade. Para tanto, precisou mudar de Estado, estando longe da família. Pedro se declarou viciado em trabalho, enfatizando que gostava muito de trabalhar. Exercendo sua função, alegou que cumpria expediente duplo de trabalho, sentindo-se satisfeito e útil principalmente quando tinha muitas tarefas a realizar no cotidiano.

A primeira grande experiência significativa de frustração de Pedro ocorreu quando ele optou por trabalhar em outro país. Tratava-se de uma grande oportunidade profissional, com acesso a mais reforçadores, como maior salário, maior reconhecimento social e também um ponto positivo para a sua carreira. No entanto, à proporção de reforçadores, também havia estimulação aversiva. No exterior, Pedro tinha um chefe coercitivo e, devido à sua nacionalidade, sentia o preconceito nas relações interpessoais que ele estabelecia no dia a dia. Seu chefe, embora nunca tenha lhe agredido, provocava fortes reações emocionais nos colegas da equipe, o que lhe causava muita tensão. Além disso, o pouco fluxo de trabalho existente no local lhe deixava ocioso durante boa parte do tempo. Tais

circunstâncias, aliadas a outras, provocaram a interrupção do trabalho: Pedro foi diagnosticado com “depressão” e passou boa parte do tempo em licenças médicas.

Na época dos atendimentos *online*, estava em sua segunda tentativa de residir no exterior, mas em outro país. Havia assumido uma função por merecimento, rara em se tratando de sua idade e comandava uma equipe pequena de cerca de sete pessoas, mantendo uma boa relação de trabalho com todos. Com os novos colegas de trabalho, estabeleceu amizades, obtendo companhia nos horários livres.

1.3.4. Médico-psicológico

Pedro referiu sua saúde como boa, com a realização de acompanhamentos periódicos, hábitos saudáveis e a prática de exercícios físicos. No entanto, tinha histórico de episódios recorrentes de ansiedade e de humor depressivo.

Quando criança, Pedro sentia muita ansiedade diante do afastamento da mãe. Nestas ocasiões, seu irmão mais velho (vínculo unilateral) tinha reações fortes de ansiedade e verbalizava acerca do medo de acontecer catástrofes com sua mãe. Pedro referia que também tinha medo de a mãe não voltar mais para casa em virtude de algum acidente.

Quando adolescente, Pedro destacou que costumava ficar inquieto quando percebia que todos os seus familiares estavam dormindo. Todos os quatro ocupavam o mesmo quarto e Pedro tinha dificuldades em adormecer. Segundo ele, a sensação física que tinha neste contexto específico era muito similar ao que sentia quando iniciava um episódio de pânico na fase adulta: calor, palpitação, respiração ofegante, sobretudo sensação de calor, que logo passavam.

Aos 18 anos de idade, diante do falecimento de sua avó materna, passou cerca de 7 meses sentindo despersonalização, fadiga física e mental. Para ele, a avó

materna era a pessoa que normalmente agregava membros familiares e, em virtude do seu falecimento, os membros familiares tiveram um afastamento. Diante dos referidos sintomas, ele não buscou tratamento especializado.

Quando se mudou de cidade, teve vários episódios de enxaqueca durante sua adaptação, o que lhe prejudicava no trabalho. Buscou ajuda profissional (neurologista), que alegou a origem emocional dos sintomas, receitando-lhe um antidepressivo, do qual não se recordava o nome.

Um ano antes de buscar esta terapia, fez uso de psicofármacos a partir de um diagnóstico psiquiátrico de Depressão, na sua primeira experiência fora do país. Pedro fez referência a um dos remédios como Escitalopram, indicado para Depressão e para Transtornos de Ansiedade. Os demais tinham nome comercial estrangeiro, dificultando a identificação por esta terapeuta.

Os sintomas referidos por Pedro, na época, eram taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sufocamento, sensação de asfixia, náuseas, tonturas, desrealização, medo de perder o controle, parestesias e calafrios. Tais sintomas ocorreram essencialmente após um episódio em que estava sozinho no exterior, pelo fato de sua esposa ter viajado temporariamente. Tentando estabelecer contato por telefone, sem êxito, pensou que Eva tivesse se acidentado ou morrido. Durante o tempo em que ficou sem comunicação com ela – e também nos dias que se seguiram até o seu regresso – sentiu grande ansiedade e desamparo.

Destaca-se que, quando Pedro foi morar no exterior, estava brigado com sua família de origem pelo fato de eles não apoiarem seu casamento com Eva. Quando Eva o encontrou nesse estado emocional, teve iniciativa de ligar para a sogra e comunicar-lhe a respeito do fato. A preocupação com o estado de saúde de Pedro fez a mãe restabelecer o contato com ele, que tem tido maior frequência desde então.

Assim, pode-se levantar a hipótese de o restabelecimento do contato materno atuar como estímulo reforçador positivo para os comportamentos relacionados à crise.

Quando voltou para o Brasil, Pedro observou que as respostas de ansiedade foram gradualmente diminuindo até a completa supressão. Assim, exposto a outras contingências, em que não havia estimulação aversiva, Pedro suspendeu por conta própria o uso das medicações e também não continuou com a terapia.

Na segunda viagem ao exterior, Pedro teve reações emocionais de choro, medo e ansiedade, com receios de que não tivesse boa adaptação novamente. Antes de buscar atendimento *online*, Pedro tinha tido cerca de quatro episódios de falta de ar, calafrios e taquicardia, geralmente antes de dormir e quando retornava ao hotel após um dia de trabalho. Após o último atendimento *online*, o cliente teve uma forte crise de ansiedade diante da aproximação da data em que voltaria ao Brasil, fator que antecipou seu retorno ao país.

Foi realizado encaminhamento para a terapia presencial, porém, apesar de ter marcado com a profissional recomendada, Pedro não compareceu ao atendimento. Como já havia acontecido anteriormente, o retorno à sua cidade e a extinção dos sintomas devem ter atuado como variáveis que interferiram, diminuindo a sua motivação para buscar ajuda profissional.

Como Pedro afirmou, o retorno ao país de origem significava a possibilidade de recuperar a felicidade e o bem-estar que sempre experimentou e que não era possível no exterior.

1.4. Análises Funcionais

Os Quadros abaixo relacionados destacam as análises funcionais moleculares e molares (Quadro 1 e Quadro 2, respectivamente) de alguns padrões

comportamentais apresentados pelo cliente no decorrer dos atendimentos. Tais análises embasaram a formulação de hipóteses também apresentadas a seguir.

1.4.1. Análises Funcionais Moleculares

Antecedentes	Respostas	Consequências	Processo Comportamental	Frequência (↑ ou ↓)
Primeira oportunidade de trabalho no exterior O.E.: sonho da esposa em conhecer outros países; promoção funcional; controle instrucional do que seria “bom marido” ⁴	Aceita a proposta	Esposa expressa satisfação em ele realizar o seu sonho (curto prazo)	Reforçamento positivo	↑
		Jornada de trabalho com muitas horas de ociosidade (curto prazo)	Punição positiva	↓
		Chefe imediato coercitivo (curto prazo)	Punição positiva	↓
		Tratamento hostil e preconceituoso dos nativos (médio prazo)	Punição positiva	↓
		(efeito colateral: ansiedade, medo)		
Viagem da esposa para o Brasil Dificuldade na obtenção de contato telefônico com esposa OE: Falta de contato com familiares em virtude de briga	Nível público: persiste nas tentativas de comunicação Nível privado: sente-se apático, pensa que aconteceu alguma catástrofe com a esposa	Curto prazo: não obtém êxito na comunicação	Extinção	↓
		Médio prazo: consegue contato com a esposa, que retorna ao país depois de um dia para cuidar dele	Reforçamento positivo	↑
Retorno da esposa, após os episódios de pânico	Conversa com a esposa acerca de seus medos e de seus pensamentos destrutivos	Reasseguramento da esposa (de que nada lhe acontecerá novamente, de que continua sendo o melhor marido,	Reforçamento positivo	↑

⁴ Vide item 1.4.3, que ilustra o controle instrucional atuante no caso clínico.

		mesmo com o “fracasso”)		
		Esposa telefona para os familiares de Pedro, que retomam o contato com o cliente, dando-lhe carinho e atenção, dissipando os conflitos existentes	Reforçamento positivo	↑
		(efeito colateral: sintomas cessam, alívio)	Reforçamento negativo	↑
Ambientes semelhantes aos que proporcionaram episódios de pânico anteriores	Nível privado: Tem receios de que os episódios de pânico ocorram novamente, sudorese, pensamentos catastróficos, despersonalização, taquicardia	Reasseguramento, atenção e carinho da esposa	Reforçamento positivo	↑
Episódios estressantes no trabalho		Licença para tratamento médico	Reforçamento negativo	↑
Ociosidade	Nível público: chora compulsivamente, conversa com esposa acerca de seus medos	Longo prazo: retorna ao Brasil	Reforçamento negativo Reforçamento positivo	↑
OE: privação de contato familiar, regra quanto à sua invulnerabilidade a eventos aversivos				
Nova oportunidade de trabalho no exterior	Aceita a proposta de trabalho	Esposa expressa satisfação	Reforçamento positivo	↑
Incentivo da esposa quanto a	Nível privado: pensa que os episódios de pânico poderão acontecer novamente	Promoção e vantagens inerentes ao trabalho	Reforçamento positivo	↑

aceitar a proposta OE: Histórico de fracassos nos trabalhos realizados em país estrangeiro, remissão dos sintomas após retorno ao Brasil, promoção		Depara-se com mais responsabilidades, mais exigências inerentes ao cargo, desafios que são diferentes daqueles a que estava acostumado no Brasil	Punição positiva	↓
		(efeito colateral: medo, ansiedade)		

Quadro 1. Análises funcionais moleculares dos padrões comportamentais de Pedro, realizadas no decorrer dos atendimentos. Nota: OE significa Operação Estabelecadora, ↑ refere-se a aumentar a frequência e ↓ a diminuir a frequência.

1.4.2. Análises Funcionais Molares

Padrão comportamental	Comportamentos específicos	Histórico de aquisição	Consequências que mantêm	Consequências que enfraquecem
Dependência/ Insegurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segue regras, sobretudo quando emitidas por figuras de apego ▪ Tem maior segurança quando há aprovação social em torno de suas condutas ▪ Preocupa-se excessivamente quando algo sai da rotina ou de seu controle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sua mãe era superprotetora, demonstrava excesso de preocupação e fazia previsões catastróficas ▪ Relação afetiva com a mãe era sufocante ▪ Modelos fraternos de dependência ▪ Obteve punições quando buscou se comportar de forma autônoma ▪ Fracasso quando tentou morar no exterior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suas figuras de apego se esforçam em agradá-lo ▪ Obtém êxito quando segue regras emitidas pelas figuras de apego ▪ Afastamento da mãe quando ele decidiu e fez algo sozinho ▪ Reasseguramento das figuras de apego ▪ Companhia da esposa no seu local de trabalho no exterior, durante todo o expediente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esposa se irrita às vezes quanto à sua insegurança ▪ Perda de oportunidades ▪ Desgaste emocional

Autoexigência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobra-se acerca de seu próprio desempenho ▪ Apresenta intolerância ao fracasso e ao erro ▪ Supervaloriza o reconhecimento social em torno de seu perfeccionismo ▪ Emite muitos comportamentos para atender ao padrão do que seria o marido perfeito e bom profissional ▪ Esquiva de situações ameaçadoras 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histórico de êxitos em vários âmbitos de sua vida ▪ Não fora exposto a contingências em que pudessem indicar fracasso ▪ Reconhecimento social acerca de sua competência ▪ A mãe, muito exigente, estabeleceu padrões a serem seguidos. ▪ Distanciamento de familiares e críticas quando não atendeu expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Êxitos no casamento, na profissão, promoção por merecimento ▪ Reconhecimento social, sobretudo da esposa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de oportunidades no trabalho devido à esquiva ▪ Desgaste emocional ▪ Contato com estímulos aversivos quando faz algo para agradar apenas aos outros ▪ Cobranças cada vez maiores sobre seu desempenho ▪ Frustrações, uma vez que as expectativas nem sempre são atendidas, ainda que se empenhe em obtê-las.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 2. Algumas análises funcionais molares dos padrões comportamentais de Pedro, realizadas no decorrer dos atendimentos.

1.4.3. Controle Instrucional

Pedro tinha uma frequência significativa de comportamentos governados por regras. Um controle instrucional relevante se refere ao que chamou de “comportamento machista”: o dever de satisfazer sua esposa em todos os aspectos.

Analisando melhor esta autorregra, observou-se que algumas contingências instalaram este controle instrucional no passado e que outras, mais atuais, as mantinham. Neste caso específico, observou-se que o modelo de homem casado que seu pai lhe forneceu seria na verdade um antimodelo, uma vez que ele não satisfazia sua mãe como esposa. Seu pai era ausente com a prole, ao mesmo tempo em que era agressivo com os filhos dela que não eram seus. Alcoolista, desrespeitava sua mãe e,

ao seu ver, não se esforçava em proporcionar melhores condições de vida para a família.

Por sua vez, sua mãe – com quem tinha uma relação de extrema dependência – era exigente, o que lhe demandava muito esforço para atingir suas expectativas. Assim, o modelo de mulher a que foi exposto na relação materno-filial era aquela que ansiava por certos comportamentos de homem que, por sua vez, precisava se esforçar em corresponder.

Outro fator que colaborou para reforçar a autorregra diz respeito à ausência de um repertório mais elaborado no âmbito afetivo-sexual. Sem experiências históricas em relacionamentos de intimidade e diante de uma necessidade de satisfazê-la, Pedro se exigia muito e acabava se frustrando por não conseguir comportar-se da maneira desejada. Para acompanhar Pedro em seu trabalho no exterior, Eva interrompeu sua carreira e, como era seu sonho morar fora, o cliente se exigia mais ainda em continuar sendo o “bom marido” que Eva tanto elogiava.

Outras contingências que mantinham o controle instrucional quanto ao desempenho de ser “bom marido” se referem aos reforços positivos que Eva fornecia a Pedro. Esta, em comunicação por escrito com a terapeuta, descreve Pedro de uma forma extremamente reforçadora, fator que ele tinha conhecimento: “Eu o amo muito. Ele é um homem extraordinário, maduro, respeitoso, cavalheiro, inteligente e amável. Excelente marido. Não tenho o que reclamar. Graças a Deus por isso.” Tendo seu comportamento de “bom marido” reforçado historicamente, uma frustração diante do que sentia como falhas ou erros (por exemplo, ter episódios de pânico e dificuldade de adaptação no exterior) recaía sobre Pedro de uma forma bastante ansiogênica, uma vez que não tinha repertório aperfeiçoado de resistência à frustração.

Outro controle instrucional abrangia os episódios de pânico. A partir do primeiro episódio, Pedro desenvolveu a autorregra de que estar distante de seu país implicaria maior vulnerabilidade a crises emocionais. Contingências históricas que instalaram esta regra perpassavam pelo histórico de mudanças que Pedro teve. Por exemplo, quando saiu da casa de sua mãe rumo a outra cidade, o cliente teve dificuldades de adaptação, apresentando sintomas que denotavam a presença de ansiedade. Tal quadro foi revertido a partir de medicações antidepressivas. Os episódios de pânico ocorriam com mais frequência e intensidade quando Pedro estava no exterior, variando ou cessando quando retornava ao Brasil. Tal configuração estabeleceu a regra de que estando fora do seu país, haveria maior chance de ter ataques de pânico.

Por outro lado, o fato de Eva estar presente nos episódios mais recentes de pânico – ao contrário das anteriores – fazia emergir outra regra. Nas palavras de Pedro:

“(...) ter apresentado duas ou três vezes uma crise ao lado de minha mulher – embora, claro, num país completamente estranho – me faz duvidar de que o conforto externo possa me proteger de novos episódios. Assim, quanto mais me aproxima o retorno, mais ansioso fico de voltar e ‘não encontrar as coisas em seu lugar’, isto é, de voltar e não experimentar a mesma sensação de aconchego que experimentei antes”.

Assim, para Pedro, se ele teve episódios de pânico diante de pessoas familiares, poderia tê-los em seu país de origem também, o que denotaria em interromper a sua felicidade, o que lhe causava extrema ansiedade. As crises prenunciavam o fim de sua carreira, seu fracasso enquanto homem e esposo e também denunciavam a possibilidade de que sua vida não mais fosse a mesma.

1.5. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta

A partir dos breves atendimentos realizados, foi possível delinear algumas hipóteses acerca do quadro clínico de Pedro, como podem ser conferidas abaixo:

- a) Pedro vivenciava fortes níveis de ansiedade desde a infância. Entre ele e sua mãe havia um vínculo muito grande (embora sufocante, em alguns momentos) e sua ausência lhe provocava sensações de insegurança. Havia dependência materna e, quando ele tentou desvincular-se emocionalmente dela (i.e. quando iniciou seu relacionamento com Eva), esta cortou definitivamente os laços;
- b) O cliente não foi exposto a situações frequentes ou significativas de erros ou frustrações ao longo de sua vida. Assim, a experiência mais expressiva de fracasso foi quando precisou morar no exterior, em um contexto em que estava sem qualquer apoio de sua família de origem. A crença de que era invulnerável ao erro contrastou com seu desempenho diante de situações de conflito, o que causou sobrecarga de estresse, gerando um quadro de pânico;
- c) O ápice da crise de Pedro foi quando a esposa se ausentou do país em que estavam por alguns dias. Com carência de fontes de reforços positivos, Pedro obteve na figura de Eva o provimento da maior parte deles. Diante do seu afastamento, deixando-o sozinho em um país alheio, e também a partir de estimulações aversivas que colocavam em questão o seu desempenho e sua força perante adversidades, o cliente se viu desamparado e vulnerável a pressões externas. Observou-se, portanto, um quadro de dependência de Pedro em relação à sua esposa. Além disso, verificou-se que diante da dificuldade de comunicação com ela neste ínterim, Pedro teve reações fortes

de ansiedade, algo similar ao que ocorria durante sua infância, quando se afastava de sua mãe;

d) Durante sua infância, o modelo de relação conjugal desempenhado pelos seus pais, na verdade, atuaram como antimodelo, o que provocou uma série de autorregras, como as observadas no item anterior. Assim, Pedro se tornou autoexigente quanto ao seu desempenho enquanto cônjuge de modo a satisfazer a esposa e evitar, portanto, fracasso no casamento e conseqüente abandono;

e) No relacionamento com Eva, Pedro reproduzia alguns dos comportamentos de sua mãe, como a insegurança diante de sua ausência, a necessidade de satisfazê-la e de protegê-la. Não conseguindo comportar-se dessa forma, Pedro se via em uma contingência extremamente aversiva e ansiogênica, proporcionando a mais genuína e sofrida experiência de fracasso;

f) Pelo fato de o regresso ao seu ambiente natural ter diminuído gradativamente a frequência e a intensidade dos sintomas, até a extinção dos mesmos, Pedro discriminou que, pela similaridade de eventos anteriores, morar fora do Brasil implicaria maior probabilidade de estimulação aversiva e, conseqüentemente, em ataques de pânico; e

g) Os episódios de pânico de Pedro acompanhavam contingências bem específicas. A própria estimulação proprioceptiva (como taquicardia, sensações térmicas, entre outros) servia de antecedente para os episódios de pânico, assim como comportamentos privados a respeito da necessidade de êxito na experiência de residir em país estrangeiro. Pedro pensava excessivamente acerca de possibilidades quanto ao futuro, como se voltaria a ter a vida de antes (o que chamava de “vida perfeita”), se não ficaria livre

dos episódios, entre outros. Assim, pensar sobre o quadro eliciava a própria ansiedade, e estes episódios confirmavam que precisaria, então, voltar para o Brasil para resgatar a vida que tinha antes.

1.6. Objetivos Terapêuticos

Apesar de os atendimentos realizados com Pedro terem sido feitos em caráter de uma breve orientação, foi possível estabelecer alguns objetivos terapêuticos:

- Desenvolver repertório de autoconhecimento, na medida em que o cliente discriminava aspectos peculiares de seus comportamentos e das contingências das quais eles são função;
- Facilitar ao cliente a formulação de autorregras mais acuradas, como as relacionadas aos seus episódios de pânico;
- Proporcionar uma compreensão mais apurada acerca das contingências relacionadas à ansiedade, bem como das condições determinantes e mantenedoras de seus comportamentos públicos e privados e o que estes obtêm como consequências e
- Facilitar ao cliente o delineamento de estratégias quanto à diminuição do nível de ansiedade, à tolerância emocional e ao erro e à adaptação diante das mudanças.

1.7. Estratégias Terapêuticas Utilizadas

Para o alcance dos objetivos terapêuticos anteriormente citados, foi necessário fazer uso de algumas estratégias. Algumas delas se referiam a técnicas já inerentes ao processo terapêutico do enquadre analítico-comportamental, como a promoção de uma audiência não-punitiva. Segundo Skinner (1953/2003), quando o

terapeuta gradualmente estabelece uma audiência com estas características, o comportamento do cliente que foi reprimido em sua comunidade verbal começa a aparecer no seu repertório. Através dela, também é possível estabelecer uma relação terapêutica, fundamental para a adesão do cliente e para o melhor andamento da terapia.

Outras estratégias utilizadas foram os exercícios de autoconhecimento, por meio de questionamentos reflexivos. Conforme Medeiros e Medeiros (2011), tal técnica consiste em sequências de perguntas abertas e reforçamento diferencial natural que objetiva proporcionar a emissão de autorregras, a substituição de regras imprecisas por outras mais úteis, o treino de observação e de descrição do comportamento do cliente e o desenvolvimento do repertório necessário para a realização de análises funcionais. Além deste método, utilizaram-se algumas metáforas, cuja definição de Boavista (2012) indica serem elas recursos linguísticos que transportam um tema sintomático, já enrijecido e sob controle emocional, para uma nova cadeia relacional, tornando possível o contato com a realidade e tomada de consciência plena da experiência. A escolha desta técnica teve o intuito de minimizar o efeito aversivo que haveria caso o assunto fosse tratado de forma mais direta, diminuindo a resistência do cliente. As metáforas trabalhadas com Pedro podem ser encontradas nos Anexos deste trabalho.

No trabalho realizado, buscou-se inserir a esposa de Pedro a fim de poder coletar dados acerca do comportamento ansioso, assim como de orientá-la a promover contingências incompatíveis com a ansiedade. Com Pedro, sempre que possível, buscou-se facilitar a emissão de autorregras, uma vez que dessa forma seria possível proporcionar um melhor autoconhecimento.

Também foi utilizado o registro de episódios de ansiedade, buscando sempre realizar análises funcionais com o cliente. Ademais, a partir das crises de ansiedade verificadas ao fim dos atendimentos, foram ensinadas ao cliente as técnicas paliativas de relaxamento autógeno e respiração diafragmática.

Outra estratégia utilizada foram as orientações realizadas a Pedro e Eva por *e-mail* no intervalo entre a 4ª e a 5ª sessões. Tal comunicação teve o objetivo de minimizar o nível de ansiedade do cliente, haja vista que nesse momento os sintomas (que já estavam aparecendo desde o início dos atendimentos) tinham se intensificado com a proximidade do seu regresso ao Brasil. Nestes momentos, utilizou-se de metáforas e perguntas abertas, além de orientações técnicas do que seria a ansiedade e reforço das autorregras formuladas pelo cliente.

1.8. Mudanças Observadas

Com os breves atendimentos realizados, observou-se que sensíveis resultados foram obtidos. As mudanças mais significativas ocorreram no âmbito do autoconhecimento e da compreensão mais ampla do seu quadro clínico. O cliente apresentava muitas hipóteses acerca destas questões e uma forte presença de controle instrucional que o deixava insensível às contingências atuantes. À medida que respondia aos questionamentos realizados pela terapeuta, Pedro aperfeiçoava seu autoconhecimento e discriminava as contingências que controlavam seus comportamentos-alvo.

No intervalo da 4ª e da 5ª sessões, Pedro teve alguns episódios de pânico. Após algumas trocas de *e-mails* com esta terapeuta, ele identificou variáveis atuantes nos episódios e programou estratégias que momentaneamente conseguiram reverter o quadro até a última sessão realizada:

“Hoje pela manhã, ao final da crise, percebi que era apenas um rebote de ontem. Retomei prontamente o trabalho, diminuindo o ritmo de modo a evitar afobações desnecessárias, e tomei a iniciativa de convidar colegas para almoçar e jantar. Assim que cheguei ao hotel, comentei com minha mulher que o dia tinha sido uma subida paulatina, em que eu saíra de uma situação de tensão e chegara, ao final da tarde, a uma sensação de segurança e satisfação.”

“(…) Eu estou tentando paulatinamente soltar as rédeas de certas coisas que eu não preciso nem posso controlar. Creio que isso diminui meu nível de exigência e ansiedade. Por exemplo, hoje tentei não correr atrás do horário, e me permiti fazer algumas coisas com atraso. Pisei no freio para poder me situar de modo mais apropriado em meu próprio tempo e não me desconectar de uma situação de calma que experimentei desde o final da crise pela manhã.”

Como pode ser verificado acima, tratam-se de comportamentos clinicamente relevantes (CRB) do tipo 3, indicando que Pedro observou e interpretou o próprio comportamento e os estímulos reforçadores, discriminativos e eliciadores a ele associados. CRBs3 indicam melhorias no quadro clínico do cliente, e, portanto, devem ser reforçado.

Outra mudança verificada foi a forma de lidar com as suas limitações, erros e fracassos. Pedro, em comunicação assíncrona através de *e-mail* entre as sessões 4 e 5 afirmou que:

“Não tenho medo dos tropeços e dos erros, que passei a aceitar com mais naturalidade, sem que isso significasse um fracasso ou uma incompetência. Tenho medo de olhar para a frente e me sentir pessimista. É essa postura catastrofista que me amedronta. Não alimento ilusões quanto a deixar isso para trás em definitivo, como se a mudança geográfica fosse capaz de, como um

interruptor, ativar ou desativar minha ansiedade. Tenho, sim, esperança de que eu possa paulatinamente construir habilidades que me ajudem a enfrentar os momentos difíceis aqui, no exterior, com a mesma desenvoltura que eu costumo enfrentar em casa.”

No entanto, como Pedro estava apenas há um mês de voltar para o Brasil, a proximidade do retorno ao que chamava de “vida perfeita” foi mais uma variável que interferiu para que ele antecipasse seu retorno. Ao aprofundar em sua queixa, Pedro foi ficando mais ansioso e a ansiedade por si só antecipava a possibilidade de crises de pânico. Como se sentia protegido em sua cidade de origem, decidiu voltar, entendendo que se tratava de uma fuga, mas era o que realmente achava prudente dados os níveis de sofrimento e insegurança.

Retornando ao Brasil, Pedro ainda entrou em contato com a terapeuta por *e-mail*, notificando o retorno antecipado e também solicitando um encaminhamento para psicólogo em sua cidade. Apesar de ter sido orientado a procurar determinado profissional no mesmo instituto em que se vinculavam os atendimentos *online*, esta terapeuta foi notificada de que ele não compareceu no dia da consulta.

Na última comunicação por *e-mail*, Pedro alegou que se sentia bem desde que chegou ao Brasil e, como já ocorrera anteriormente, acredita-se que há uma probabilidade de que o alívio momentâneo dos sintomas tenha contribuído para o abandono do tratamento. Ele afirmou que:

“De fato o retorno ao Brasil foi precipitado por não conseguir mais suportar a ideia de ficar longe de casa. (...). Entendo que isso foi uma fuga, mas a situação havia atingido um nível tal de sofrimento que simplesmente não consegui mais. Estou me sentindo melhor por estar no Brasil (...).”

Considerações Finais

A partir do caso clínico aqui delineado, algumas considerações podem ser tecidas na conclusão deste estudo, sobretudo as relacionadas aos procedimentos técnicos e éticos.

Já foi salientado, mas é mister sublinhar, que existem peculiaridades na modalidade *online* de atendimento que precisam ser manejadas para evitar prejuízos à sua viabilidade. A primeira delas se refere ao *setting* terapêutico: na modalidade virtual, muitas vezes o clínico tem acesso limitado à topografia do terapeutizando (pela restrição da imagem, por exemplo), assim como pode ficar vulnerável a distorções a partir da conexão, que pode dessintonizar imagem e som, dificultando a correlação verbal e não-verbal.

Na interação com Pedro, foram poucos os momentos em que a conexão interferiu na imagem. No entanto, o acesso à topografia de respostas era limitado, uma vez que era possível observá-lo apenas acima de seu tronco. Tais constatações eram percebidas pela terapeuta como limitações, eliciando frustrações, mas não prejudicaram ou inviabilizaram a qualidade e aproveitamento dos atendimentos.

Além disso, cuidados éticos são necessários, como em qualquer outro trabalho psicológico. O manejo de contingências ambientais que priorizem o isolamento acústico (por exemplo, o uso de fones de ouvido por parte do terapeuta e também do cliente), o sigilo (i.e., a escolha de um ambiente livre de interrupções) e o acolhimento do cliente – mesmo no ambiente doméstico do terapeuta – são cuidados basilares que favorecem um contexto propício para o atendimento e também para a própria relação terapêutica.

Neste caso específico, foram vivenciadas algumas dificuldades. Por exemplo, o cliente em questão geralmente não se utilizava de fones de ouvido e se observou que, nas primeiras sessões, a esposa ficava no mesmo ambiente que ele, participando indiretamente da sessão. Este CRB 1 ilustra a relação peculiar que o casal tinha, demonstrando a intersecção de suas vidas (o que sugere relação simbiótica, com ausência de conteúdos privados individuais).

Este fato foi manejado com leveza pela terapeuta, que chegou a perguntar sobre a presença da esposa naquele recinto, solicitando que ela fosse aguardar o término do atendimento em outro aposento do hotel, ou mesmo nas dependências externas ao quarto, ressaltando que haveria um momento exclusivo para a sua participação. Assim, o CRB supracitado também fez emergir a necessidade de o clínico não só ser cuidadoso quanto ao seu ambiente, mas também de estabelecer regras dentro do contrato terapêutico.

Quanto a isso, utilizaram-se regras similares ao atendimento presencial, como o estabelecimento da periodicidade das sessões (dias e horários fixos), a importância da pontualidade do cliente para o atendimento não sofrer prejuízos quanto à duração, a necessidade de cancelamento da sessão com pelo menos um turno de antecedência, o estabelecimento de sessões individuais com o cliente e seus familiares (de forma individual ou em dupla, quando necessário e solicitado antecipadamente pela terapeuta).

Outro ponto a ser abordado se refere à importância de se delimitar o *setting* de atendimento, uma vez que um cliente desavisado pode se engajar em outras janelas de *sites* na *internet* durante o atendimento clínico.

Com o uso do computador no atendimento, alguns recursos ficam ao alcance do terapeuta, como a troca de arquivos (como linha de base, tarefas de casa e

biblioterapia) e a possibilidade de gravação da sessão, que, embora também seja condicionada à autorização do cliente, ocorre de uma forma mais discreta que na terapia presencial, uma vez que a câmera se localiza na própria tela, o que propicia naturalidade ao procedimento.

As estratégias terapêuticas também podem ser utilizadas, embora algumas delas necessitem de reformulação ou adaptação para melhor se adequarem à realidade virtual. Por exemplo, em Pedro foi aplicado o relaxamento autógeno ao invés do muscular progressivo devido às restrições do atendimento, pois a descrição verbal dos movimentos poderia não ser suficiente para a aprendizagem e relaxamento do cliente, uma vez que ele provavelmente necessitaria de permanecer com os olhos abertos para observar os movimentos. Assim, o relaxamento progressivo, bastante indicado em casos de transtorno de pânico, foi substituído então pelo autógeno, em que o controle é verbal e ao cliente bastava concentrar-se nos comandos do terapeuta, concentrando-se em seu próprio organismo.

Uma das ressalvas que muitos psicólogos tinham em relação ao atendimento virtual é o estabelecimento da relação terapêutica, que diziam não ser possível em um atendimento dessa natureza. Assinala-se que, ao contrário, neste caso clínico específico foi possível estabelecer relação terapêutica de qualidade, o que corrobora com os resultados descritos na literatura, como Prado (2002). De fato, é possível que o cliente mantenha uma relação genuína de confiança e de vínculo terapêutico na modalidade *online* de atendimento, ao contrário do temido pela categoria profissional. Apesar da dificuldade no estabelecimento de contato visual (uma vez que olhar para a câmera a fim de aparentar ao cliente o estabelecimento de contato ocular implica perder detalhes do comportamento do cliente), é possível utilizar-se da postura e do comportamento verbal para favorecer a relação terapêutica, algo que

não diferencia do atendimento presencial, mas que precisa ser intensificada no atendimento virtual por uma série de razões.

Uma delas é que, como se trata de uma modalidade nova de atendimento e como a mediação do computador pode distanciar afetivamente o cliente do terapeuta, o profissional necessita intensificar seus esforços em favorecer o estabelecimento de uma relação terapêutica. Assim, é desejável que o clínico invista no comportamento socialmente habilidoso, na audiência reforçadora, na topografia que indique compreensão e aceitação, dentre outros cuidados essenciais.

Na modalidade *online*, observaram-se algumas dificuldades técnicas que contrastam com a realidade da Análise Comportamental Clínica. Na Orientação *Online*, modalidade de atendimento utilizada nesta monografia, o clínico precisaria esforçar-se quanto à emissão de regras. Considerando que a Orientação *Online* geralmente trata de queixas pontuais, com quantidade de sessões limitadas e que não tem configuração de terapia convencional, tem-se – a nosso ver – um contexto em que há maior probabilidade de o terapeuta emitir regras. A limitação quanto ao número de orientações pode abreviar a atuação profissional, ao mesmo tempo em que realizar uma orientação em apenas um encontro poderia desconsiderar uma análise molar de contingências.

Observou-se que a Orientação *Online* apresentaria limitações ao caso em questão, visto que embora o cliente estivesse em crise, tratava-se de uma demanda a ser trabalhada em terapia convencional, uma vez que o caso certamente requeriria mais sessões que o permitido na modalidade. Por outro lado, tal modalidade de atendimento foi salutar pelo fato de o cliente estar em um país estrangeiro, sem referência de psicólogo e também em adaptação quanto à língua local, fatores que dificultariam um tratamento. Assim, houve a necessidade de um acompanhamento

mais próximo com vistas a favorecer um maior controle dos episódios de ansiedade, o que colocou em questão a emissão de regras e facilitação de que as autorregras fossem elaboradas pelo cliente.

Cabe destacar que na condução deste caso existiram algumas dificuldades. Uma delas foi quanto ao agendamento das sessões, considerando a acentuada disparidade em relação ao fuso horário entre o local onde estavam terapeuta e cliente. Como foi a primeira experiência da terapeuta, houve certo estranhamento quanto ao *setting*, porém, tal desconforto foi logo revertido. Assinala-se que durante os cinco atendimentos não foram vivenciadas quedas de conexão, travamentos de vídeos ou outra falha técnica que inviabilizasse o atendimento. O desafio maior que foi verificado foi a adaptação das técnicas em relação ao atendimento *online*, como o relaxamento proposto quando os episódios de pânico começaram a surgir em Pedro.

Em um caso envolvendo episódios de pânico de forma geral, seria importante um acompanhamento sistemático, de modo ao cliente discriminar as contingências que favorecem as crises e formular estratégias para lidar com elas. No caso deste cliente, seria necessário um acompanhamento presencial para continuar o caso, uma vez que este fugiu de seu contexto ansiógeno, em um grau de desamparo característico de exposição prolongada a eventos aversivos e de baixa tolerância à frustração ou ao erro.

Caso o cliente tivesse continuado no exterior, uma alternativa para a continuidade do caso seria a abordagem preventiva de episódios de extrema ansiedade (a partir de medidas como relaxamento e técnicas de exposição interoceptiva), assim como o desenvolvimento de resistência à frustração e ao erro, necessários para uma melhor adaptação perante mudanças.

A ilustração de uma orientação *online* na perspectiva da Análise Comportamental Clínica colocou em evidência uma discussão acerca da sua viabilidade, bem como das peculiaridades e desafios a serem desbravados. Como as pesquisas relacionadas à terapia *online* ainda são incipientes, acredita-se que este estudo fez-se relevante a partir do momento em que apresentou dados e discussões sobre a temática, colaborando para a normatização das variações de atendimento mediado por computador.

Referências Bibliográficas

- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação Terapêutica sob a Perspectiva Analítico-Comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva, G. Y. Tomanari & E. E. Z. Tourinho, trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Boavista, R. C. (2012). *Terapia de Aceitação e Compromisso: Mais uma Possibilidade para a Clínica Comportamental*. Santo André: ESETec.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Abordagem contextual na clínica psicológica. Revisão da ACT e proposta de atendimento. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão histórica à diversidade na aplicação* (pp. 149-156). Santo André: ARBytes.
- Caballo, V. E. (2012). Estratégias de avaliação em psicologia clínica. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: Estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade*. São Paulo: Santos.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução CFP nº 003/2000 de 25 de setembro de 2012*. Retirado no dia 21/02/2013, do site http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/09/resolucao2000_3.pdf.

- Conselho Federal de Psicologia (2012). *Resolução CFP nº 011/2012 de 21 de junho de 2012*. Retirado no dia 21/02/2013, do site http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf.
- Corey, G. (1979/1983). *Técnicas de Aconselhamento e Psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus.
- Costa, S. E. G. C., Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. *Revista Estudos de Psicologia PUC- Campinas*, 19 (3), 43-54.
- Childress, C. A., & Asamen, J. K. (1998). The emerging relationship of psychology and the Internet: Proposed guidelines for conducting Internet intervention research. *Ethics-and-Behavior*. 8 (1), 19-35.
- Haynes, S. N. & O' Brien, W. O. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1989), Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438-448.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, Trad. Coord.). Santo André: ESETec.
- Liebesny, B. (2000). Ética profissional do psicólogo e a rede informática. Em E. Sayeg (Org.), *Psicologia e Informática: Interfaces e Desafios* (pp. 105-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.

- Medeiros, C. A. (2010). Comportamento governado por regras na clínica comportamental: Algumas considerações. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 95-111). Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, C. A., & Medeiros, N. N. F. A. (2011). Psicoterapia Comportamental Pragmática. Em C. V. V. Pessôa, C. E. Costa, & M. F. Benvenuti (Orgs.), *Comportamento em Foco: Vol. 1*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B., & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, IV (2), 79-90.
- Meyer, S. B. (2005). Aconselhamento em psicoterapia: Alguns dados de terapias presenciais e por internet. Em Conselho Regional de Psicologia SP (Org.), *Psicologia e informática: Desenvolvimentos e progressos* (pp. 205-2013). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.
- Miranda, C. F. & Miranda, M. L. (1993). *Construindo a Relação de Ajuda*. Belo Horizonte: Crescer.

- Moraes, D. L. (2010). Caso Clínico: Formulação comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 171-178). Porto Alegre: Artmed.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V(2), 151-165.
- Prado, O. Z. (1998). *Pesquisa, internet e comportamento: Um estudo exploratório sobre as características de uso da internet, uso patológico e a pesquisa online*. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Prado, O. Z. (2002). *Terapia via internet e relação terapêutica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Prado, O. Z. (2005). Psicoterapia via internet. Em Conselho Regional de Psicologia SP (Org.), *Psicologia e informática: Desenvolvimentos e progressos* (pp. 175-203). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruas, S. A., Albuquerque, A. R. & Natalino, P. C. (2010). Um estudo de caso em Terapia Analítico-Comportamental: Construção do diagnóstico a partir do relato verbal e da descrição da diversidade de estratégias interventivas. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 179-200). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, A. P. C. (2005). Terapia na rede: Um estudo sobre a clínica mediada pelo computador na realidade brasileira. Em Conselho Regional de Psicologia SP (Org.), *Psicologia e informática: Desenvolvimentos e progressos* (pp. 157-173). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Silvaes, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1969/1984). *Contingências de reforço* (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões recentes em análise comportamental* (A. L. Néri, Trad.). Campinas: Papirus.
- Veiga, D. I., & Leonardi, J. L. (2012). Considerações conceituais sobre o controle por regras na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges, & F. A. Casas (Orgs.), *Clínica Analítico-Comportamental: Aspectos Teóricos e Práticos* (pp. 171-177). Porto Alegre: Artmed.
- Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. Em N. B. Borges, & F. A. Casas (Orgs.), *Clínica Analítico-Comportamental: Aspectos Teóricos e Práticos* (pp. 160-165). Porto Alegre: Artmed.
- Zacharias, J. (2005). Serviços de orientação psicológica mediados por computador, desenvolvidos pelo NNPI – Núcleo de Pesquisas da Psicologia em Informática da Clínica Psicológica da PUC-SP. Em Conselho Regional de Psicologia SP (Org.), *Psicologia e informática: Desenvolvimentos e progressos* (pp. 91-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexos

Anexo 1. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC

**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____,
portador (a) da identidade nº _____ autorizo a publicação
escrita de estudo de caso e a comunicação oral, em Encontros de Psicologia, do
conteúdo das sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo (a)
terapeuta _____, com registro no
CRP nº: _____, com a finalidade de promover o conhecimento e o
desenvolvimento de tecnologias no campo da Psicologia. Foi-me assegurado que, em
todos os casos acima citados, minha identidade será mantida em sigilo, bem como
quaisquer dados que possam identificar a mim ou quaisquer pessoas citadas nas
sessões.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

Aluno (a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica

Anexo 2. Estratégias Terapêuticas Utilizadas

1. Metáforas

1.1. Metáfora do Tabuleiro de Xadrez

“Imagine um tabuleiro de xadrez que funciona indefinidamente em todas as direções. Neste tabuleiro, temos uma série de peças de xadrez, de todas as cores. Para simplificar isto, concentremo-nos somente nas peças brancas e negras. Agora, no xadrez, espera-se que as peças se aliem com suas amigas para vencerem suas inimigas. Assim, é como se as peças negras tentassem se reunir e derrubar as peças brancas do tabuleiro e vice-versa. Estas peças representam o conteúdo de sua vida: seus pensamentos, sentimentos, memórias, atitudes, predisposições comportamentais, sensações corporais, etc. E, se você notar, elas realmente se reúnem: as peças positivas se aglomeram e nos impulsionam a fazer coisas, mas as negativas também se juntam. Quando temos uma equipe contra a outra, grandes proporções de nós mesmos são nossos próprios inimigos. Além disso, se é verdade que se você não deseja tê-lo, você o tem, então à medida que você luta com as peças indesejáveis e tenta empurrá-las para fora do tabuleiro, elas aumentam, aumentam e aumentam de tamanho. No caso da ansiedade, é possível que ela fique cada vez mais como o foco central de sua vida. Dentro dessa metáfora, você vê quem você é? (...). Você é o tabuleiro, você é o contexto no qual todas estas coisas podem ser vistas. Você sendo um tabuleiro, pode fazer somente duas coisas: segurar o que é colocado sobre ele ou pode mover tudo. Se você estiver em nível de peça, você tem que lutar, porque nesse nível outras peças parecem ameaçar sua própria sobrevivência. E, às vezes, acontece de a vida inteira você travar essa batalha contra você mesmo, visto que parte dessas ‘peças más’ também é você. Não se pode forçar você mesmo a não lutar contra suas emoções, é uma causa perdida. Se não houvesse tabuleiro, o que aconteceria a todas essas peças? Elas simplesmente desapareceriam. Se você é o tabuleiro, não importa se a guerra pára ou não. O jogo pode seguir, mas isso não faz qualquer diferença para o tabuleiro. Como tabuleiro, você pode ver todas as peças, você pode sustentá-las, tê-las em você, mas não importa. Não requer esforço.”

1.2. Metáfora do ônibus

“Imagine um ônibus. Nele, você é o motorista. Neste ônibus, temos um grupo de passageiros. Eles são os pensamentos, sentimentos, lembranças e coisas semelhantes. Muitas vezes, eles podem determinar o que o motorista deve fazer, podem ameaçar, ou mesmo fazerem bagunça dentro do ônibus. Mas quem está no controle é o motorista. É o motorista (você) que tem controle sobre o ônibus, mas ele perde o controle quando se deixa levar pelos passageiros. Para onde eles estão conduzindo o ônibus? O que vai acontecer caso o motorista os deixe tomar de conta da situação?”

1.3. Metáfora da bicicleta

“Você certamente deve se lembrar da sua primeira experiência ao andar de bicicleta. Imagine uma pessoa que decide andar de bicicleta pela primeira vez. Ela pode sentir medo ou receio de cair; mas, ao decidir montar nela e ensaiar os passos, ela decidiu assumir os riscos de tubos na direção, ou mesmo de tombos que podem surgir. Como saber se uma experiência dará certo? Como você montou ou montaria em uma bicicleta? Avaliaria os riscos e não subiria a menos que soubesse que daria certo ou tentaria andar nela assumindo os riscos que poderia ter?”

2. Relaxamento autógeno⁵ (Schultz, 1932, *apud* Vera & Vila, 1996)

“Uma vez sentado em posição confortável, com os olhos fechados, vamos começar o relaxamento autógeno. Primeiro, quero que você tome consciência de qualquer ruído fora da sala (10 segundos). Tome consciência de como sente seu corpo na poltrona... dos pontos de contato entre seu corpo e a poltrona, os pontos de contato da cabeça, das costas, dos braços e das pernas (10 segundos). Agora, quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira, seu abdômen se eleva, e quando expira, o abdômen abaixa suavemente... de forma que a expiração é um pouco mais longa que a inspiração (10 segundos). Agora concentre-se na sua mão e braço direitos e comece a dizer mentalmente: sinto minha mão direita pesada (repete-se três vezes), minha mão direita é pesada e quente (três vezes), sinto minha mão e braço direitos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida invadindo minha mão e braço direitos (três vezes). Visualize sua mão e braço direitos em um lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam sua mão e braço direitos...como os aquecem suavemente. Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contato de sua mão e braço direitos sobre a areia...ou introduzidos em água quente...ou perto de uma estufa. Diga: minha mão e braço direitos se tornam muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa, deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço direitos (10 segundos). Agora concentre-se na sua mão e braço esquerdos e comece a dizer mentalmente: sinto minha mão esquerda pesada (repete-se três vezes), minha mão esquerda é pesada e quente (três vezes), sinto minha mão e braço esquerdos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida invadindo minha mão e braço esquerdos (três vezes). Visualize sua mão e braço esquerdos em um lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam sua mão e braço esquerdos...como os aquecem suavemente. Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contato de sua mão e braço esquerdos sobre a areia...ou introduzidos em água quente...ou perto de uma estufa. Diga: minha mão e braço esquerdos se tornam muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa, deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço esquerdos (10 segundos). Agora concentre-se no seu pé e perna direitos e comece a dizer mentalmente: sinto meu pé direito pesado (repete-se três vezes), meu pé direito é pesado e quente (três vezes), sinto meu pé e perna direita pesada (três vezes), sinto uma onda cálida invadindo meu pé e minha perna direita (três vezes). Visualize seu pé e perna direita em um lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam seu pé e perna direita... como os aquecem suavemente. Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contato de seu pé e

⁵ Vera, M. N, & Vila, J. (1996). Técnicas de Relaxamento. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 147-165). São Paulo: Editora Santos.

perna direita sobre a areia... ou introduzidos em água quente... ou perto de uma estufa. Diga: meu pé e minha perna direita se tornam muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa, deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e a perna direita (10 segundos). Agora, concentre-se no seu pé e perna esquerda e comece a dizer mentalmente: sinto meu pé esquerdo pesado (repete-se três vezes), meu pé esquerdo é pesado e quente (três vezes), sinto meu pé e perna esquerda pesada (três vezes), sinto uma onda cálida invadindo meu pé e minha perna esquerda (três vezes). Visualize seu pé e perna esquerda em um lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam seu pé e perna esquerda... como os aquecem suavemente. Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contato de seu pé e perna esquerda sobre a areia...ou introduzidos em água quente...ou perto de uma estufa. Diga: meu pé e minha perna esquerda se tornam muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa, deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e a perna esquerda (10 segundos). Agora concentre-se no seu abdômen e comece a dizer mentalmente: sinto meu abdômen pesado (repete-se três vezes), meu abdômen é pesado e quente (três vezes), sinto meu abdômen pesado (três vezes), sinto uma onda cálida invadindo meu abdômen (três vezes). Visualize seu abdômen em um lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam seu abdômen... como o aquece suavemente. Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contato de seu abdômen sobre a areia... ou introduzidos em água quente...ou perto de uma estufa. Diga: meu abdômen se torna muito quente e pesado. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa, deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para seu abdômen (10 segundos). Meus braços e mãos estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos). Meus pés e pernas estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos). Meu abdômen é quente (3 vezes). Minha respiração é lenta e regular (3 vezes). Meu coração bate calmo e relaxadamente (3 vezes). Minha mente está tranquila e em paz (3 vezes). Tenho confiança em poder resolver os problemas cotidianos (3 vezes). Toda tensão e estresse em meu corpo está se dissipando a cada longa e suave expiração (3 vezes). Qualquer preocupação sobre meu passado ou futuro se dissipa a cada vez que expiro (3 vezes). Posso mandar-me mensagens positivas acerca de meu próprio valor (3 vezes). A essência do relaxamento estará comigo durante todo o dia (3 vezes). Gradualmente posso começar a voltar à sala mantendo meus olhos fechados. Sou consciente novamente dos sons lá fora e de dentro da sala. Vou sentindo meu corpo sobre a poltrona (ou a cama). Quando estiver preparado, pode começar a mexer seus dedos e pouco a pouco ir abrindo seus olhos.”