



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**A Visão da Análise Comportamental Clínica em um
Caso de Transtorno Bipolar e de Ansiedade**

Rosely Rodrigues de Carvalho Donzel

Brasília
Março de 2013



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

A Visão da Análise Comportamental Clínica em um Caso de Transtorno Bipolar e de Ansiedade

Rosely Rodrigues de Carvalho Donzel

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Março de 2013



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Rosely Rodrigues de Carvalho Donzel

Título: A Visão da Análise Comportamental Clínica em um Caso de Transtorno Bipolar e de Ansiedade

Data da Avaliação: 22 de Março de 2013

Banca Examinadora:

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

Membro: Prof.^a Dr.^a Luciana Verneque

Membro: Prof. Esp. Frederico Veloso

Brasília
Março de 2013

À professora Luciana Verneque, pelos valiosos ensinamentos e por ter feito grande diferença em minha formação como analista do comportamento.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus, por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu marido Lenilson e aos meus filhos Lucas e Arthur, pelo carinho, compreensão e incentivo para que eu pudesse me dedicar a este trabalho. Vocês completam a minha vida em todos os sentidos.

Aos meus pais e irmãos, que foram a base da minha formação enquanto indivíduo.

À minha amiga Diana Mabel, do curso de especialização, por ter compartilhado durante estes 3 anos, momentos de angústia, insegurança, aprendizado e pelo incentivo na produção deste estudo.

Aos professores do IBAC, especialmente, Andréa Dutra e Frederico Veloso por auxiliarem na ampliação da minha compreensão da Análise do Comportamento.

À minha orientadora Ana Karina de-Farias, pela maneira como conduziu a orientação com sugestões relevantes, apoio e compreensão, o que contribuiu em muito para a conclusão deste trabalho.

Sumário

Folha de Avaliação -----	I
Dedicatória -----	Ii
Agradecimentos -----	Iii
Lista de Tabelas -----	V
Lista de Quadros -----	Vi
Resumo -----	Vii
Introdução -----	1
Método -----	17
Participante -----	17
Queixas/Demandas -----	17
Contexto Terapêutico -----	18
Procedimento -----	18
Resultados -----	20
1. Contingências de Reforçamento -----	20
1.1. Contingências no Início do Tratamento -----	20
1.1.1. Análises Funcionais Moleculares -----	21
1.2. Contingências de Reforçamento Atuais -----	21
1.2.1. Análises Funcionais Moleculares -----	22
2. Controle Instrucional -----	23
3. Relação Terapêutica -----	23
4. Histórico -----	23
4.1. Familiar -----	23
4.2. Sócio-Afetivo -----	26
4.3. Acadêmico-Profissional -----	26
4.4. Médico-Psicológico -----	27
5. Hipóteses Terapêuticas -----	28
6. Intervenções Realizadas -----	29
7. Análises Funcionais Molaes -----	33
8. Objetivos Terapêuticos -----	35
8.1. Objetivos terapêuticos no início -----	35
8.2. Objetivos terapêuticos durante o tratamento -----	35
9. Mudanças Observadas -----	36
Considerações Finais -----	38
Referências Bibliográficas -----	42
Anexos -----	46
Anexo 1. Termo de autorização, modelo padrão utilizado pelo IBAC -----	47

Lista de Tabelas

Tabela 1. Análises funcionais dos comportamentos da cliente -----	21
Tabela 2. Análises funcionais dos comportamentos da cliente -----	22

Lista de Quadros

Quadro1. Análises funcionais de padrões comportamentais amplos de Sofia -- 34

Resumo

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por variações extremas de humor que oscilam de um estado depressivo ao outro extremo, que seria o estado eufórico, o que compromete a relação do indivíduo em diversos contextos e desencadeia prejuízos e sofrimento por não ser compreendido e aceito. É um dos transtornos psiquiátricos mais antigos, mas ainda complexo para se chegar a um diagnóstico preciso. Este trabalho teve como objetivo mostrar a relevância da intervenção de uma análise comportamental clínica, com a utilização de análises funcionais moleculares e molares, ilustrando com um caso clínico de transtorno bipolar e de ansiedade. Foram realizadas 142 sessões ao longo de 4 anos, utilizando como estratégias de intervenção as regras elaboradas pela Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Foi possível identificar, a partir de análises funcionais, padrões comportamentais amplos como intolerância ao erro, impulsividade, atitude controladora, baixa tolerância e baixa flexibilidade. A compreensão das contingências atuais e históricas e dos comportamentos clinicamente relevantes possibilitou a cliente a desenvolver novos repertórios que contribuíram para uma melhor interação no ambiente familiar e social e na diminuição das variações de humor.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; Análise Comportamental Clínica; análises molares; Psicoterapia Analítica Funcional.

Os Transtornos de Humor têm como característica predominante uma perturbação do humor. Estão divididos em Transtornos Depressivos ou “Depressão Unipolar” (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação), Transtornos Bipolares (Transtorno Bipolar do tipo I e II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar sem Outra Especificação) e Transtornos de Humor Devido a uma Condição Médica Geral ou Induzido por Substância. Os Transtornos Bipolares são diferenciados dos Transtornos Depressivos por conterem uma história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, acompanhados geralmente pelo Episódio Depressivo Maior (Associação Americana de Psiquiatria, APA, 2002). O presente trabalho discorrerá sobre os Transtornos Bipolares, dando maior ênfase aos tipos I e II.

O Transtorno Bipolar (TB) é considerado uma das doenças psiquiátricas mais antigas e suas descrições originais de “insanidade maníaco-depressiva” (Kraepelin, 1921, citado por Miklowitz, 2009) lembram as conceituações mais atuais. Entretanto, ainda é visto pelos seus portadores, familiares e comunidade social como obscuro e difícil de ser compreendido, e seu diagnóstico efetivo geralmente ocorre, em média, 10 anos após várias tentativas de tratamento (Tung, 2007).

Esse transtorno, embora seja uma “doença mental”, faz com que as pessoas diagnosticadas não o aceitem como doença. A “doença mental”, na nossa cultura, remete a uma série de preconceitos por ser vista como “loucura” e associada à incapacidade total do indivíduo, ao isolamento social e à incurabilidade. Essa imagem, muitas vezes, faz com que pacientes e familiares rejeitem e neguem essa condição, interferindo assim na adesão ao tratamento. Muitos acontecimentos que

podem ocorrer com uma pessoa “normal” também ocorrem em uma pessoa diagnosticada com TB, porém, nesta última, as reações tendem a se manifestar com maior intensidade, prejudicando assim a sua relação com ambiente (Tung, 2007).

Como diferenciar as reações tidas como exacerbadas entre uma pessoa “normal” e uma pessoa com TB? Segundo Michelon e Vallada (2005) e Tung (2007), um dos principais fatores biológicos que favorecem o TB seria a herança genética, associada a fatores ambientais. A característica dominante da bipolaridade é a instabilidade de várias funções cerebrais ou funções corporais que podem ser percebidas no humor (estado emocional) e variar da tristeza profunda à alegria excessiva. Pessoas consideradas “normais” geralmente apresentam pequenas variações nas funções corporais, conseguindo se adaptar às exigências do ambiente, enquanto os portadores de TB apresentam dificuldade em se adaptar devido às grandes variações que ocorrem nessas funções. Para impedir que as várias funções fiquem excessivamente fora de parâmetros mínimos, o corpo humano é dotado de sistemas de controle, fazendo com que consiga se adaptar às frequentes mudanças das situações ambientais. Esses sistemas de controle não funcionam adequadamente em pessoas acometidas pelo transtorno. “O TB seria mais bem compreendido como a doença das instabilidades, em que uma das instabilidades mais visíveis é a do humor” (Tung, 2007, p. 21).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) em sua 4ª edição, a característica essencial do TB é a alteração extrema dos estados de humor com variações que vão desde o episódio depressivo (perda de interesse ou de prazer) ao outro extremo que seria o episódio maníaco (humor eufórico e elevado ou humor irritável). Essas fases, que são chamadas de episódios, ocorrem geralmente por mais de uma semana.

São estas variações que diferenciam os transtornos bipolares I e II. O TB I é caracterizado pela ocorrência de episódios maníacos (humor eufórico e acentuado) ou mistos (apresentação da “mania” e de depressão maior dentro de um mesmo episódio). Os sintomas mais comuns no episódio maníaco (mania) são a irritabilidade e a agitação. Já num episódio misto, o indivíduo vive a experiência de uma rápida alternância de humor como a tristeza, a irritabilidade e a euforia, dentro de um mesmo episódio. No TB II, é necessário que tenha ocorrido um episódio depressivo maior (humor deprimido ou perda de interesse ou prazer) acompanhado por um episódio hipomaníaco, que é uma fase da “mania” mais leve, ou seja, são os mesmos sintomas, porém menos intensos e menos notórios (APA, 2002; Miklowitz, 2009).

Existe ainda a ciclagem rápida, que se diferencia do episódio misto por ser caracterizado pela apresentação de quatro ou mais episódios de depressão maior, maníaco, misto ou hipomaníaco ocorridas em um “paciente” durante o período de um ano. Portanto, a ciclagem rápida apresenta como um estado temporário do transtorno e não um fenômeno permanente durante a vida do indivíduo (Miklowitz, 2009).

Segundo Guerra e Calil (2005), as mulheres parecem estar sujeitas a um risco maior de ciclagem rápida e mania mista. Dentre os “pacientes” com TB, 15% a 20% apresentam ciclagem rápida, sendo que as mulheres representam 58% a 92% desse universo. Mulheres em idade reprodutiva apresentam mudanças de humor com sintomas mais depressivos na fase do ciclo menstrual. Estudos epidemiológicos apontam que o TB I é comum em ambos os sexos, sendo que o tipo II apresenta-se em maior número entre as mulheres. A estimativa de prevalência da doença durante a vida varia entre 0,5% a 1,6% (APA, 2002).

O TB, em suas várias formas, muitas vezes pode ser comórbido a outros transtornos. Por definição, a comorbidade representa a ocorrência de dois ou mais

transtornos num mesmo indivíduo. “Os transtornos com os quais o bipolar é comórbido têm em comum a base da desregulação afetiva” (Miklowitz, 2009, p. 424). Dentre os diversos transtornos que são comórbidos ao TB, pode-se destacar o transtorno de ansiedade. No Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), alguns critérios se sobrepõem aos de TB, como a insônia, excitabilidade e irritabilidade (Issler, Sant’anna, Kapczinski & Lafer, 2004). Apesar de serem doenças distintas, podem co-ocorrer, dificultando, com isso, um diagnóstico mais preciso e uma intervenção mais pontual.

A característica principal do TAG, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) é a preocupação excessiva com diversos eventos ou atividades, acompanhada dos sintomas de inquietude, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração e perturbação do sono. Essas manifestações acabam gerando um desconforto no indivíduo e, geralmente, são descritas pelo senso comum por meio de sensações físicas tais como “mãos suadas”, “coração apertado”, “frio na barriga” frente ao evento temido, acarretando prejuízos no funcionamento social ou ocupacional.

De acordo com a Análise do Comportamento, o TB, como qualquer outro transtorno comportamental, é determinado por contingências ambientais dentro de um processo histórico. Os comportamentos que compõem os episódios (maníacos, hipomaníacos, mistos e depressivos) devem ser investigados em quais contextos essas respostas são mais frequentes, quando começaram a ocorrer e quais são as suas características (Marçal, 2010). Para Dougher e Hackbert (2003), apesar de histórias de punição, extinção e escassez de reforço explicarem a baixa taxa de comportamento emitida por pessoas depressivas, também caracterizam uma taxa alta de comportamentos de ansiedade.

De acordo com Zamignani e Banaco (2005), em um panorama analítico-comportamental, ansiedade é definida como um estado emocional desagradável, sendo acompanhado de desconforto somático. Isso geralmente relaciona-se a um evento futuro ainda não presente no ambiente. “O termo ansiedade, todavia, pode se referir a eventos diversos, tanto no que diz respeito a estados internos, quanto a processos comportamentais que produzem esses estados internos” (p. 78). Para a Análise do Comportamento, esses estados internos (sensações fisiológicas) são considerados comportamentos respondentes, desencadeados por estímulos aversivos condicionados. Segundo os autores, a ansiedade é definida enquanto fenômeno clínico quando implica no comprometimento ocupacional do indivíduo, como, por exemplo, o andamento de suas atividades profissionais, acadêmicas e sociais, envolvendo considerável grau de sofrimento na pessoa, além da evidência de que as respostas de fuga-esquiva são responsáveis por absorver considerável parte do dia (Bravin, & de-Farias, 2010). “As pessoas ansiosas tendem a esquivar-se de situações que evocam a ansiedade. A esquiva é um comportamento natural dos organismos resultante dos reforçadores que são amplamente liberados pelo contexto sócio-verbal” (Barbosa, 2004, citado por Coêlho & Tourinho, 2008, p. 164).

Bravin e de-Farias (2010) assinalam que é comum a forma de explicar a ansiedade relacionando-a com o medo, tendo em vista que ambos estados emocionais possuem similaridade de respostas eliciadas. Sendo assim, a ansiedade seria um conjunto de respostas sob controle do estímulo condicionado presente (estímulo pré-aversivo) e não resposta orientada para o futuro. “Além de ser uma resposta reflexa perante um estímulo aversivo condicionado, a ansiedade seria também composta de respostas operantes de fuga e esquiva de estímulos aversivos incondicionados e condicionados” (Zamignani & Banaco, 2005, p. 83).

O Behaviorismo Radical define eventos privados da mesma forma que os eventos públicos, ou seja, como comportamentos. Pensamentos e sentimentos são interpretados como fenômenos comportamentais que se caracterizam na relação do indivíduo com o seu ambiente. Considerando que os eventos privados são eventos que fazem parte de relações comportamentais, eles se distinguem das condições corporais do indivíduo, como, por exemplo, alteração do batimento cardíaco ou qualquer outra condição corporal. A ansiedade passa a ser considerada como evento privado, uma relação de certos repertórios com um ambiente social e não um conjunto de alterações fisiológicas do indivíduo. Os comportamentos privados, como também os comportamentos públicos, podem assumir funções de estímulo, participando da determinação do comportamento subsequente (Abreu-Rodrigues & Sanabio, 2001; Tourinho, 1999). Em suma, eventos privados são comportamentos, assim como os comportamentos públicos, e resultam da história genética e ambiental do indivíduo.

Para Skinner (1953/2003), sentimentos e pensamentos não são considerados como causas primárias do comportamento, pois é necessário analisar as contingências das quais estes comportamentos são funções. A Análise Comportamental Clínica (ou Terapia Analítico-comportamental) tem como tarefa modificar comportamentos públicos e privados, identificando as contingências atuantes e criando condições para modificá-las. É preciso, ainda, identificar que comportamentos precisam ser modificados e quais devem ser fortalecidos, seus antecedentes e consequentes, levando em consideração que a busca de dados da história de vida da pessoa torna-se necessária devido ao controle de sua história de reforçamento sobre seus comportamentos (Delitti & Meyer, 1995).

Matos (2006) ressalta que o uso do DSM é limitado por apresentar, dentro do sistema diagnóstico, fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais, fazendo com que muitos “pacientes” recebam diversos diagnósticos ao mesmo tempo, devido aos sintomas excederem os limites propostos pelo manual. Por este motivo, a comorbidade passa a ser mais uma regra do que uma exceção. O registro de todos os diagnósticos presentes e a listagem dos sintomas não contemplam todas as queixas trazidas pelos “pacientes”, sendo considerada uma das desvantagens do sistema. Os sintomas são relacionados a diversas patologias, necessitando de uma avaliação clínica mais ampla. Portanto, o Manual auxilia no reconhecimento dos transtornos mentais, mas não substitui a abrangência do diagnóstico clínico, que envolve a intuição e percepção da relação estabelecida entre o profissional e o “paciente”. Deste modo, os sistemas diagnósticos – DSM-IV-TR e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde) – são descrições de doenças, ou seja, apresentam a topografia e classificação dos transtornos mentais, mas não predominam sobre a atuação clínica. “Fornecem dicas importantes sobre que aspectos podem ser investigados, mas não são os instrumentos para predição e controle do comportamento” (Meyer, 1997, p. 33).

Cavalcante e Tourinho (1998) apontam que o DSM-IV-TR é um sistema de classificação das doenças no qual identificam sinais e sintomas. A ênfase atribuída pelo manual está na topografia do comportamento, enquanto que, para a Análise do Comportamento, seria importante a identificação de relações de contingências, já que um mesmo padrão de respostas pode ter funções adaptativas distintas e pode ser resultado de várias histórias de interação (Moreira & Medeiros, 2007). “Entender um transtorno comportamental, por exemplo, não é apenas identificar os

comportamentos que o caracterizam, mas, sim, saber a quais contingências estariam relacionados” (Marçal, 2010, p. 37).

Intervenção psicológica com abordagem analítico-comportamental ou cognitivo-comportamental associada à farmacoterapia são tratamentos propostos com frequência aos portadores de transtorno bipolar e de ansiedade (Wielenska, 2007). De acordo com Miklowitz (2009), uma das razões pelo qual os “pacientes” de TB apresentam episódios de recaída seria o fato da não adesão ao tratamento farmacoterápico. Sentimentos negativos em relação ao controle do próprio humor, perda dos períodos de excitação e euforia, além dos efeitos colaterais (que podem incluir ganho de peso e tremor nas mãos) são fatores apontados para essa não adesão. O autor destaca ainda que a psicoterapia associada à medicação tem como “papel” ensinar habilidades para manejo de sintomas, tornar mais eficaz o funcionamento social e ocupacional e manter a aderência dos “pacientes” aos seus regimes medicamentosos. Ele propõe uma intervenção predominantemente psicoeducacional, ou seja, manter informados pacientes e familiares sobre o transtorno e suas manifestações. É preciso que os familiares entendam que parte dos comportamentos da pessoa portadora do transtorno pode ser atribuída a uma enfermidade com base bioquímica. A psicoeducação é uma tentativa de estabilizar clinicamente o cliente e reduzir as tensões familiares. O objetivo é ajudar o cliente e seus familiares a entenderem os eventos que antecederam ao episódio agudo, ter uma visão das causas e do tratamento da doença, desenvolver estratégias de como a família pode agir quando houver sinais de recorrência e articular as expectativas dos familiares e cliente no período de recuperação. Em termos gerais, os programas de psicoeducação visam tornar o cliente capaz de reconhecer os seus sintomas; buscar atendimento médico regularmente; fazer uso da medicação prescrita; reconhecer sua condição de

portador e enfrentar seus problemas decorrentes dos padrões comportamentais, ressaltando aqui a importância de desenvolver um repertório de enfrentamento apropriado a cada situação. Os mecanismos da doença são entendidos através da relação complexa entre os fatores biológicos e a história de vida (Wielenska, 2007).

Para os analistas do comportamento, o comportamento é explicado a partir de relações funcionais históricas e determinado por um modelo de seleção por consequências. A determinação do comportamento é originada na história de interação do organismo com o ambiente, ou seja, na história de exposição às contingências (de-Farias, 2010; Marçal, 2010; Skinner, 1953/2003). É através de uma análise ampla que se consegue obter uma compreensão melhor da aquisição e manutenção do comportamento (Marçal, 2005). A Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA), proposta por Marçal (2005), tem como objetivo desenvolver o autoconhecimento no cliente, ampliar o conhecimento sobre ele e favorecer a investigação histórica através da identificação de padrões comportamentais. Nesta etapa de autoconhecimento, é necessário que o cliente saiba como ele se comporta, em quais circunstâncias. As outras etapas incluem saber por que se comporta assim e quais os efeitos (consequências) desses padrões. “Esta visão mais ampla de padrões comportamentais exige uma análise molar das contingências, fazendo com que as mudanças atinjam efetivamente diversos contextos na vida do indivíduo e não apenas situações específicas” (Marçal, 2005, p. 236).

Para o Behaviorismo Radical, conhecer é comportar-se discriminativamente perante estímulos. “Sempre que o indivíduo emite uma resposta operante, está comportando-se discriminativamente com algum aspecto de seu ambiente” (Tourinho, 1993, p. 51). Somente a partir de contingências geradoras pela comunidade verbal é que o indivíduo se engaja em comportamentos

autodiscriminativos. A comunidade tem acesso aos eventos privados de um indivíduo através de seu relato verbal. Descrever seus próprios eventos internos é uma maneira de se autoconhecer, ou seja, quando o organismo descreve o seu comportamento (público ou privado) e/ou as variáveis que o controlam podemos dizer que o mesmo está consciente. Contingências que levam à auto-observação e autodescrição (eventos internos e comportamentos) são necessárias para que haja o autoconhecimento (Marçal, 2005; Tourinho, 1993).

Segundo Moreira e Medeiros (2007), a análise do comportamento deve ser funcional e não topográfica, ou seja, buscar a sua função e não a sua forma (topografia). Para que se possa explicar o comportamento, prever (prever a sua ocorrência) e controlar (tornar a sua ocorrência mais ou menos provável), é preciso analisá-lo funcionalmente, buscar no ambiente externo e interno os seus determinantes. Esses determinantes estão na interação do indivíduo com o ambiente e, de acordo com o Behaviorismo Radical, quem determina o comportamento, seja ele privado ou público, é o ambiente. Isso ocorre a partir da relação do indivíduo com o meio, sua história genética (filogênese), sua história de vida (ontogênese) e sua história cultural e, a partir da identificação das variáveis externas das quais o comportamento é função, é possível estabelecer estratégias de intervenção mais eficazes. A partir de análises funcionais, é possível identificar as variáveis determinantes do comportamento e estabelecer estratégias de intervenção (Marçal, 2005, 2010; Skinner, 1953/2003).

Para Delitti (1997), a análise funcional permite identificar as variáveis e tornar explícitas as contingências que controlam o comportamento do cliente, favorecendo o levantamento de hipóteses acerca da aquisição dos repertórios considerados problemáticos, possibilitando o planejamento de novos padrões de comportamento.

O comportamento que o cliente emite foi selecionado pelas contingências e tem uma função no seu repertório, cabendo ao terapeuta identificar em quais contingências o comportamento se instalou e como ele se mantém.

Marçal (2007) enfatiza a importância de considerar as contingências históricas ao longo da vida do cliente. Para o autor, uma análise ampla (molar) a partir dos padrões comportamentais que o indivíduo apresenta, contribui para que o terapeuta tenha uma visão mais abrangente do caso e consiga estabelecer objetivos e estratégias clínicas. O autor ressalta que “a história de vida tem relação direta com o desenvolvimento de padrões comportamentais que uma pessoa apresenta” (p. 319). Portanto, atentar apenas para as análises moleculares não seria suficiente para que o terapeuta pudesse explicar esses comportamentos, seria preciso considerar também as contingências ao longo da vida do cliente.

Como dito anteriormente, a partir da identificação dos padrões comportamentais que o indivíduo apresenta e das variáveis que controlam e mantêm esses padrões, o terapeuta terá uma visão mais ampla que permitirá definir estratégias de intervenção mais eficazes. O presente estudo ressaltará, dentre as várias abordagens e estratégias analítico-comportamentais, a Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* – FAP) como forma de intervenção no caso em estudo. A FAP está centrada na especificação de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) que incluem tanto os comportamentos-problema, como os comportamentos finais desejados, e em como o reforçamento e a generalização de respostas aprendidas podem ser obtidos no ambiente terapêutico (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006). A definição de reforçamento é funcional, ou seja, um estímulo só pode ser definido como reforçador se, após sua apresentação, há o efeito de aumentar a frequência, a força da resposta que o precedeu. Quanto mais próximo das consequências um

comportamento estiver, maiores serão os efeitos deste processo (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Moreira & Medeiros, 2007). O objetivo principal da FAP é promover reforçamento natural às melhoras do cliente que ocorrem durante a sessão. O reforçamento natural difere do arbitrário por fortalecer uma classe ampla de respostas, por levar em consideração o nível de habilidade da pessoa, por beneficiar primeiramente a pessoa cujo comportamento está sendo reforçado, ao invés da pessoa que proporciona o reforço, e por ser de ocorrência comum no ambiente natural. Em outras palavras, quando a consequência reforçadora do comportamento é o produto direto do próprio comportamento, pode-se dizer que a consequência é uma reforçadora natural. De modo que o reforço arbitrário seria o inverso, quando a consequência reforçadora é um produto indireto do comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Moreira & Medeiros, 2007).

Para a FAP, os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) são definidos como comportamentos-alvo que ocorrem durante a sessão. Kohlenberg e Tsai (1991/2006) classificam os CRBs em três tipos, CRBs 1, 2 e 3. Os CRBs 1, são os comportamentos do cliente que não têm funcionado no seu ambiente, por serem punidos ou não reforçados, cuja intervenção do terapeuta seria reduzir sua frequência, como, por exemplo, respostas de esquiva de situações aversivas. Os CRBs 2 são os progressos do cliente que ocorrem no *setting* terapêutico, sendo objetivo da terapia aumentar sua frequência, por meio do reforço natural. Por fim, os CRBs 3 referem-se a respostas verbais do cliente sobre seu próprio comportamento, a partir de interpretações e variáveis controladoras feitas pelo próprio cliente. Estas interpretações envolvem tanto análises funcionais que o cliente faz de seus comportamentos e do ambiente, como também a equivalência funcional que indica semelhança entre o que ocorre na sessão e na vida diária (Kohlenberg & Tsai,

1991/2006). Estas respostas de analisar o próprio comportamento são descritas, em termos comportamentais, como autoconhecimento (Skinner, 1953/2003).

Cinco regras são propostas pela FAP para nortear o terapeuta no sentido de observar, evocar e consequenciar os CRBs para manejar os comportamentos “disfuncionais” por meio de uma relação terapêutica “genuína, envolvente, sensível e cuidadosa com o seu cliente” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006, p. 2).

A primeira regra sugere ao terapeuta atentar aos CRBs do cliente, ao passo que, quanto maior sua habilidade na identificação destes CRBs, maior será a intensidade das reações emocionais entre terapeuta e cliente e, conseqüentemente, melhores os resultados da psicoterapia. Inversamente, o progresso da psicoterapia pode ser comprometido pela falta de habilidade do terapeuta como, por exemplo, punir, reforçar ou extinguir equivocadamente alguns comportamentos. A segunda regra seria evocar CRBs e, para que isso ocorra, uma relação terapêutica de qualidade deve ser estabelecida, favorecendo ao terapeuta evocar CRBs 1 e criar condições para o desenvolvimento de CRBs 2. Além disso, o grau de eficiência em que os CRBs são evocados depende da história de vida do cliente, da escolha de atuação do terapeuta e da relação estabelecida entre ambos. A terceira regra implica em reforçar CRBs 2; segundo Kohlenberg e Tsai, os únicos reforçadores disponíveis na sessão seriam as ações e reações interpessoais entre cliente e terapeuta. Os autores citam Ferster (1972) na apresentação de abordagens diretas e indiretas as quais o terapeuta pode utilizar para promover em terapia. As abordagens diretas consistem em como o terapeuta pode agir ao requerer um reforçador, entretanto, corre um risco maior de produzir reforçadores arbitrários. Neste sentido, o terapeuta poderá emitir sete comportamentos sugeridos pelos autores para reforçar os CRBs 2 de seus clientes. O primeiro seria reforçar uma classe ampla de respostas nos clientes. Quando, ao longo

da terapia, o terapeuta reforça padrões comportamentais como, por exemplo, progressos do cliente em detrimento a outros comportamentos específicos, aumenta-se a probabilidade desses padrões serem generalizados no futuro. Em segundo lugar, compatibilizar os repertórios atuais dos clientes com as expectativas do terapeuta. Isto significa atentar para as mudanças que ocorrem nos CRBs dos clientes sem o estabelecimento de expectativas excessivamente elevadas. Para discriminar e consequenciar gradualmente os CRBs, pode-se fazer uso do conceito de modelagem¹, que permite ao terapeuta ensinar comportamentos novos através do reforço natural a partir da análise do cliente.

O terceiro modo de atuação sugere ao terapeuta ampliar seus sentimentos, a fim de torná-los mais perceptíveis ao cliente a partir de uma descrição verbal de alguns de seus eventos privados que possam não ser discriminados de imediato pelo cliente. Como quarta regra, o terapeuta deve estar ciente que a relação terapêutica existe para o benefício do cliente. “Quaisquer intervenções que estejam em andamento, é importante que o terapeuta sempre se interrogue sobre o que é melhor para o cliente naquele momento e a longo prazo” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006, p. 35). Em quinto lugar, recomenda-se evitar reforçadores arbitrários, porém, se usá-los, que seja por tempo limitado, como forma de transição, até que os reforçadores naturais assumam o controle. O sexto modo seria evitar a punição, enfatizando o reforçamento positivo, utilizando-se de controle aversivo somente quando os demais procedimentos demonstrarem ser ineficazes e quando se pretende bloquear respostas de fuga ou esquiva. Por último, “seja você mesmo, na medida do possível, considerando as restrições impostas pelo relacionamento terapêutico” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006, p. 38). Os autores sugerem reações espontâneas do terapeuta,

¹ “A modelagem é um procedimento de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas de um comportamento. O resultado final é um novo comportamento” (Moreira & Medeiros, 2007, p. 60).

reforçando assim os comportamentos do cliente, considerando o repertório atual do cliente, o que é melhor para ele, e o repertório que deverá ser desenvolvido no cliente.

As abordagens indiretas sugerem aos terapeutas que eles possam ampliar a capacidade de perceber o que é reforçar, pois mudanças ocorrem nos padrões comportamentais dos clientes, de formas distintas e em ritmos variados. Dessa forma, o terapeuta deve estar atento a tais sutilezas para melhor reforçar os CRBs 2. Em segundo lugar, devem avaliar constantemente os impactos das interações terapêuticas. A ideia seria dispor de pessoas qualificadas (terceiros ou eles mesmos) que, por meio de observações avaliativas dos atendimentos, auxiliem no processo de suas intervenções. A terceira recomendação seria que procurassem se inserir em ambientes que favoreçam a prática de “boas ações”, visando o bem-estar das pessoas em geral. A proposta é o terapeuta se engajar em comportamentos cujo objetivo é beneficiar os outros, mesmo sem serem diretamente reforçados, promovendo assim um aumento de sua habilidade em prover reforçadores naturais em terapia, o que favoreceria a qualidade da mesma. Deve-se, também, selecionar clientes apropriadas à FAP, aqueles cujos problemas ocorram durante a terapia e que sejam afetados pelas reações do terapeuta. A quarta regra consiste na observação dos efeitos reforçadores das reações do terapeuta sobre o comportamento do cliente, que seria devolver a análise funcional feita pelo terapeuta sobre os comportamentos do cliente. A quinta e última regra proposta pela FAP recomenda que o terapeuta forneça interpretações de variáveis que afetam o comportamento do seu cliente. Essas interpretações auxiliarão na produção de regras mais efetivas, além de aumentarem o contato com as variáveis que controlam os CRBs do cliente. Espera-se que o terapeuta forneça razões aos clientes que os auxiliem em seus problemas da vida diária; porém, isso pode não

surtir efeito ou se tornar um obstáculo para o cliente, dependendo de sua história de vida e das razões fornecidas pelo terapeuta (Alves & Isidro-Marinho, 2010; Kohlenberg & Tsai, 1991/2006).

Vandenberghe (2007) ressalta que a FAP foi proposta como uma abordagem de tratamento integrativo e completo, que se baseia na construção de uma relação genuína e intensa entre terapeuta e cliente, e que, portanto, propicia uma variedade densa de vivências. Além disso, os comportamentos-problema do cliente não serão definidos *a priori*, somente a análise do contexto da história de vida do cliente, ou seja, análise funcional molar pode indicar se esses comportamentos serão um CRB1 ou CRB2. O que caracteriza a análise funcional clínica é o exercício de colocar todo evento comportamental no contexto de vida do cliente e da sessão terapêutica (Brandão, 2001).

A realização de análises moleculares e molares permite ao terapeuta identificar os padrões comportamentais do cliente. Essas análises podem ser associadas de modo a enriquecer as intervenções propostas pela FAP.

O presente estudo objetivou demonstrar a relevância de análises funcionais molares e moleculares na prática analítico-comportamental clínica, associadas ao que propõe a FAP, ilustrando com um caso clínico de transtorno bipolar e de ansiedade.

Método

Participante

Sofia (nome fictício), 39 anos, casada há 18 anos, uma filha de 7 anos, nível socioeconômico médio, ensino médio completo. No momento em que o presente trabalho foi realizado, fazia curso técnico. Estava em terapia há 4 anos, totalizando 142 sessões com a terapeuta autora desta monografia.

A cliente autorizou o estudo de caso de acordo com o documento de autorização para supervisão no Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo 1.

Queixas e Demandas

A cliente procurou psicoterapia queixando-se dos conflitos constantes que tinha com o marido, por não conseguir assumir os afazeres da casa e os cuidados com a filha. Não aceitava o desprezo do marido, sentia-se fragilizada e não inserida no contexto familiar, o que desencadeava um sofrimento intenso. Tinha medo de não dar conta do “papel” de mãe, pois deixava a filha aos cuidados do marido. Relatou ter sido diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizado (TAG) e fazia uso de medicação ansiolítica, Rivotril de 0,50 mg, uma vez ao dia, e antidepressivo, Fluoxetina de 60 mg, uma vez ao dia, por um período de 2 anos.

Além disso, foi verificado, no decorrer dos atendimentos, que a cliente apresentava pouco repertório para compreender as necessidades e a capacidade esperada para uma criança de 3 anos de idade, tendo como consequência conflito constante com a filha.

Após um período de 2 anos em psicoterapia, Sofia passou a queixar-se que gostaria de ser independente financeiramente, sentia-se frustrada por não ter ainda uma profissão. Relatou que sempre quis as coisas do seu jeito, o que vinha gerando conflitos, principalmente no convívio com as colegas do curso de podologia (sentia-se rejeitada quando as colegas se afastavam). Na 70ª sessão, quando retornou à terapia após férias, comentou que estava sentindo instabilidade emocional: ora irritava-se com facilidade e ficava agitada, ora sem ânimo e deprimida, obtendo do psiquiatra um novo diagnóstico de transtorno bipolar. Passou a ser medicada com antipsicótico Divalproato de Sódio (Depakote) de 500 mg, duas vezes ao dia, e voltou a fazer uso do antidepressivo Sertralina, de 50 mg uma vez ao dia. Após 2 anos de uso de medicação antipsicótica e 4 anos de ansiolítica, a cliente solicitou ao psiquiatra a suspensão da medicação devido aos efeitos colaterais associados, como, por exemplo, o ganho de peso e tremor nas mãos.

Contexto Terapêutico

Os atendimentos ocorreram em consultório particular de psicoterapia em um ambiente acolhedor, amplo, arejado, com poltronas colocadas de frente uma para outra.

Procedimento

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 142 sessões psicoterápicas, de 50 minutos cada, ao longo de 4 anos. Os atendimentos foram conduzidos segundo princípios da Análise Comportamental Clínica.

Em primeiro lugar, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica intensa, acolhedora, reforçadora, não punitiva, validando os sentimentos da cliente. Foi de

suma importância essa relação no contexto terapêutico, tendo em vista que as relações de Sofia ao longo de sua vida foram de muitas punições e poucos reforçadores. A cliente, ao sentir-se acolhida e compreendida, pôde relatar suas experiências sem receio de ser criticada ou ter seu comportamento punido.

A terapia pôde ser dividida em duas fases. Na primeira, com duração de 2 anos, a demanda da cliente estava direcionada à dificuldade em lidar com a filha, na época com 3 anos de idade. Na segunda fase, as demandas de Sofia estavam direcionadas às relações interpessoais, especificamente ao convívio tenso com as colegas do curso de podologia, no qual se sentia rejeitada e mal compreendida. As intervenções que se mostraram necessárias em cada fase serão melhores descritas adiante, na seção de resultados.

Resultados

Os resultados serão apresentados através da formulação comportamental realizada, levando-se em consideração os avanços terapêuticos obtidos até o momento da elaboração deste trabalho.

Formulação Comportamental

1. Contingências de Reforçamento

1.1. Contingências de Reforçamento no Início do Tratamento

- Dificuldade em assumir a maternidade, deixando a filha aos cuidados do marido: alta frequência do comportamento de esquiva (reforçamento negativo);
- Dificuldade em lidar com a filha: marido procurava interceder, tirando a filha de perto (reforçamento negativo);
- Conflito constante com o marido; quando ficava irritada gritava, falava palavrões: marido reagia se afastando (punição negativa);
- Dormia durante o dia, deixando a responsabilidade da casa e da filha para o marido: evitava responsabilidade (reforçamento negativo).

A Tabela 1 apresenta algumas análises funcionais moleculares dos comportamentos descritos acima, apontando possíveis processos comportamentais envolvidos e efeitos emocionais das contingências.

1.1.1. Análises Funcionais Moleculares

Tabela 1. Análises funcionais dos comportamentos da cliente. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa.

Antecedentes	Respostas	Consequências	Processo Comportamental	Efeito da Contingência
Ensinar a filha sobre o que pode e o que não pode fazer	Falar com a filha, utilizando vocabulário de adulto	Filha não faz o que a mãe solicitou	Extinção	Fica irritada Sentimento de incapacidade
Filha não faz o solicitado	Brigar Gritar com a filha	Filha chora Marido retira a filha de perto	P+ R-	Fica chateada Sente-se frustrada com a maternidade
Marido em casa durante o dia	Ficar dormindo durante o dia	Esquiva de responsabilidades Evita cuidar da filha e da casa Marido briga e se afasta	R- R- P+ e P-	Sente-se incapaz e rejeitada

1.2. Contingências de Reforçamento Atuais²

- Sentia falta de atenção: marido pouco afetivo e de pouco diálogo;
- Dificuldade em lidar com críticas: baixa tolerância à frustração;
- Queria as coisas do seu jeito, sendo muito exigente e crítica tanto em casa quanto no curso que fazia. Com isso, era criticada pelas pessoas: intolerância ao erro;
- Buscava ter controle das situações, procurando estar sempre atenta ao que ocorria em seu entorno: evitava sentimentos desagradáveis, que seriam frutos de punição;

² O termo atual será utilizado, ao longo deste trabalho, para fazer referência ao momento da terapia.

- Dificuldade de concentração e de organização, principalmente quando agia de forma impulsiva, fazia várias coisas ao mesmo tempo: evitava ser questionada;
- Dificuldade em perceber suas potencialidades: *déficit* de autoconhecimento.

Análises funcionais de algumas respostas descritas pela cliente, os processos comportamentais envolvidos e efeitos emocionais das contingências são apresentados na Tabela 2.

1.2.1. Análises Funcionais Moleculares

Tabela 2. Análises funcionais dos comportamentos da cliente. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa.

Antecedentes	Comportamentos	Consequências	Processo	Efeito da Contingência
Colegas não entregam parte do trabalho	Discutir com as colegas	Colegas se afastam	P-	Sente rejeição
		Recebe críticas	P+	
Filha não faz o que pediu	Brigar Gritar com a filha	Filha fica assustada e se afasta	P+ e P-	Fica chateada Sente que não é uma boa mãe
Marido não faz como pediu	Falar palavrões Brigar	Marido fica distante	P-	Sente rejeição Sente-se sozinha
Medicamentos	Parar com os medicamentos	Evita a perda de sensações prazerosas na fase da euforia	R-	Sente-se instável emocionalmente
		Episódios de recaída	P+	
Afazeres domésticos	Fazer várias coisas ao mesmo tempo	Não consegue terminar	P-	Sente que não é capaz
		Marido acaba ajudando	R+	

2. Controle Instrucional

Observou-se que a cliente apresentava comportamentos governados por regras, tanto autorregras formuladas por ela mesma, como as que foram introduzidas no contexto familiar quando criança. No decorrer do processo terapêutico, foram identificadas algumas regras relacionadas às suas demandas. Seriam elas: “Errar não é permitido e, se errar, vai ser punido”; “Não permito errar e que o outro erre comigo”. Verificou-se que padrões comportamentais como intolerância ao erro de si e do outro, exigindo a perfeição, e o padrão controlador, buscando obter o controle das situações para evitar a probabilidade de falhar ou de ser criticada, poderiam estar sob o controle destas regras.

3. Relação Terapêutica

Foi estabelecida uma relação terapêutica intensa, acolhedora, reforçadora e não punitiva, que favoreceu à cliente criar um vínculo com facilidade. Era assídua nas sessões e demonstrava sentir-se acolhida e compreendida pela terapeuta, o que favoreceu o seu engajamento no processo e propiciou à terapeuta obter dados fundamentais para as análises funcionais.

4. Histórico

4.1. Familiar

As Figuras 1 e 2 apresentam genogramas familiares de Sofia.

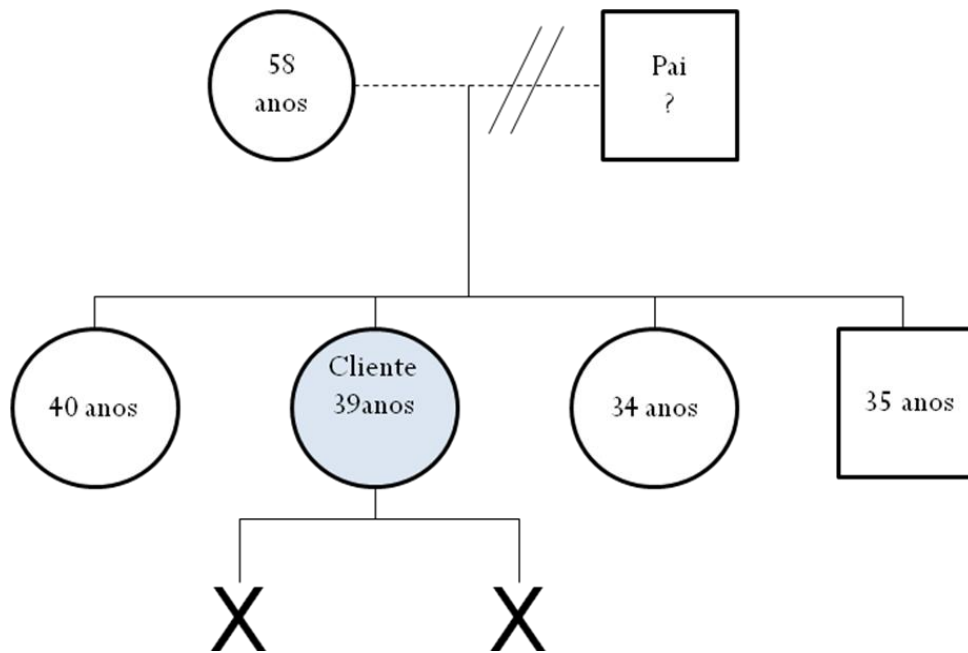


Figura 1. Genograma da família nuclear.

// : Separação

X : Aborto induzido

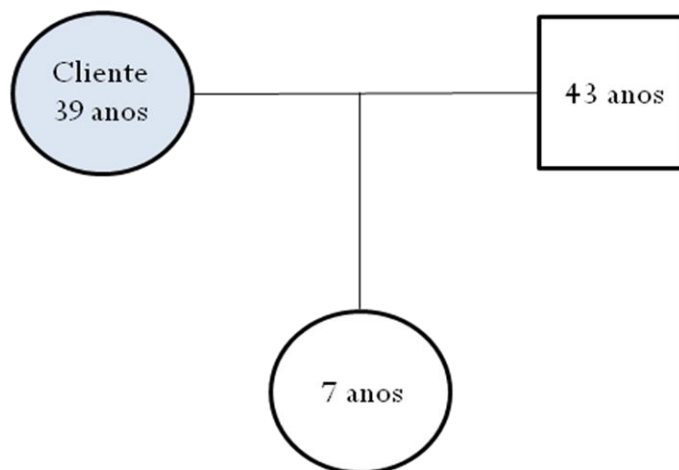


Figura 2. Genograma da família atual.

Sofia nasceu numa família de pouco recurso, no interior de São Paulo. Eram quatro irmãos, sendo ela a segunda, todos de pais diferentes. Não conheceu o pai biológico. A mãe trabalhava como doméstica, tinha problemas psiquiátricos e constantemente era internada. A irmã mais velha foi criada pelos avós maternos; o irmão caçula foi adotado por outra família desde bebê, e não tiveram mais notícias dele. A relação com os avós maternos era de pouco afeto, o avô era rígido e a avó tinha depressão (quase não conversava).

Quando criança, passou por privações financeiras: o salário da mãe só dava para comprar alimentos, vestia roupas que ganhava das pessoas, geralmente eram roupas que já tinham sido usadas por outras crianças, brincava com os brinquedos dos colegas. Moravam na casa, Sofia, a irmã mais nova, a mãe e o padrasto, que era alcoolista. Na ausência da mãe, cuidava da irmã e dos afazeres da casa, tinha que deixar tudo arrumado antes de o padrasto chegar. O padrasto era muito exigente, rígido e agressivo, chegava sempre alterado por conta da bebida, e queria que as coisas fossem feitas naquele momento; caso contrário, partia para agressão física. Por conta disso, Sofia tinha que fazer tudo rápido a fim de evitar apanhar, ficava constantemente atenta às reações do padrasto. Foi molestada pelo padrasto e a mãe não acreditou. A cliente relatou pouco sobre esse assunto, deixou claro que não gostava de falar a respeito. Aos 16 anos, saiu de casa por não aguentar mais a situação, foi trabalhar em casa de família, depois foi garota de programa. Não foi possível buscar mais dados sobre esse assunto devido à cliente se recusar falar a respeito. Com 19 anos e 21 anos teve dois abortos induzidos, um com um namorado que não aceitou assumir e o outro de um cliente.

Conheceu o marido quando era garota de programa e casou aos 32 anos, após 10 anos de relacionamento, por ter engravidado. Sofia acreditava ter tido depressão pós-

parto, não tinha vontade de amamentar, cuidar do bebê, evitava o contato, teve sentimentos de rejeição, raiva, deixando para o marido os cuidados com a filha. Nesta época, sentiu-se muito sozinha, o marido não era mais atencioso, só dava atenção para a filha. Tinha pouco contato com a mãe e com as irmãs que moravam no interior de São Paulo, o que contribuía para o sentimento de estar sozinha. Com a família do marido, o vínculo mais afetivo era com a sogra.

4.2. Sócio-Afetivo

Sofia, quando criança tinha muitos afazeres em casa que a impossibilitavam de brincar, interagir com outras crianças. Nas poucas situações em que conseguia interagir, ocorriam mais conflitos do que brincadeiras. Relatou que nunca teve amizades duradouras ou amigos. Suas amizades atuais se restringiam a vizinhos e uma colega do curso de podologia. Em um de seus relatos, comentou que considerava difícil a relação com as pessoas, por não conseguir entendê-las.

No contexto familiar, a relação que o marido (oriental) mantinha com Sofia era de pouco afeto e de pouco diálogo, o que a fazia sentir sozinha. Com a filha, a relação era conflituosa, no início da terapia, por não conseguir compreender as necessidades e dificuldades da criança.

4.3. Acadêmico-Profissional

Sofia sempre estudou em escola pública. Mudava muito de escolas devido às constantes mudanças de residência, ocasionando perda de ano letivo. Conseguiu concluir o ensino médio através de supletivo e almejava um dia fazer uma faculdade. Chegou a prestar vestibular numa Universidade Estadual e passou na primeira fase, mas não conseguiu dar continuidade ao processo seletivo, pois a filha era muito

pequena na época. Iniciou um curso técnico de enfermagem, desistindo após o comentário de uma professora de que ela não tinha perfil para ser enfermeira. Três anos antes de iniciar terapia, fez um curso técnico em administração e, depois, decidiu fazer o curso de podologia, para ter uma profissão e poder trabalhar.

Antes da gravidez da filha, Sofia trabalhou de auxiliar administrativa em um hospital durante 2 anos. Gostava do que fazia, mas tinha dificuldade em lidar com situações na qual era chamada a atenção ou cobrada, ficava tensa, perdia o foco no trabalho e, como em outros empregos, quando não conseguiu resolver os conflitos, pediu desligamento do trabalho. A cliente relatou que não permanecia nos empregos, por não saber lidar com os conflitos que emergiam nas relações com os colegas e chefes.

4.4. Médico-Psicológico

Sofia já tinha tido duas experiências anteriores com psicólogos de outras abordagens, não tendo sentido melhoras. Por orientação do psiquiatra, procurou um novo tratamento psicoterápico na abordagem comportamental. A mãe tinha histórico de muitas internações em hospital psiquiátrico, mas o diagnóstico era desconhecido por Sofia.

O primeiro diagnóstico que a cliente teve foi de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), baseado na queixa de comportamentos de inquietude, agitação, dificuldade em manter o foco, iniciando com a medicação Clonazepam (Rivotril), porém não soube precisar a dosagem. Interrompeu a medicação quando soube que estava grávida, para não prejudicar o bebê. Relatou que a gestação foi tranquila e, após o nascimento da filha, teve uma “crise” que segundo ela, acredita ter sido depressão pós-parto, mas não foi diagnosticada na época. Voltou a tomar a

medicação para ansiedade, sendo acrescentado o medicamento Fluoxetina 20 mg, uma vez ao dia, passando depois para 40 mg, uma vez ao dia. Após um período de 5 anos com essas medicações, Sofia queixava-se por continuar agitada e começou a demonstrar variações de humor, quando a terapeuta atual sugeriu uma nova avaliação psiquiátrica. Um novo diagnóstico foi sugerido: o de transtorno bipolar (TB), mudando a partir daquele momento as medicações, passando para Divalproato de Sódio (Depakote) 500 mg, duas vezes ao dia, e o Cloridrato de Sertralina 50 mg, uma vez ao dia. Depois de 1 ano, a dose do Divalproato de Sódio diminuiu para 500 mg uma vez ao dia.

5. Hipóteses Terapêuticas

O ambiente familiar da cliente era desprovido de afeto. A mãe era muito ausente, ora trabalhando, ora internada, não era muito afetiva com as filhas. A maior convivência era com o padrasto, que era alcoolista, agressivo, rígido, exigia que as tarefas de casa fossem feitas na hora, não tolerava erros. Este ambiente coercitivo e ausente de afeto levou a cliente a desenvolver baixo repertório de tolerância e de flexibilidade. Como não podia errar, caso contrário era punida, tinha que ficar constantemente atenta às atitudes do padrasto “para não ser pega de surpresa”, e isso acabou levando-a a padrões comportamentais como intolerância ao erro, atitude controladora, impulsividade, baixa tolerância e baixa flexibilidade.

As mudanças constantes de residência e escola, que geralmente ocorriam no período letivo, ocasionavam a não conclusão dos ciclos de aprendizagem e a não consolidação nos vínculos de interação social. Estas inconstâncias, ora num lugar, ora em outro, podem ter contribuído para os padrões comportamentais que caracterizaram o diagnóstico de TB.

6. Intervenções Realizadas

Como dito anteriormente, a terapia teve duas fases distintas, de acordo com as demandas principais da cliente. Na primeira fase, Sofia não conseguia entender as reações da filha diante das suas intervenções, principalmente em situações em que procurava conversar com a criança, no intuito de ensinar o que podia fazer e o que não podia. Tinha a expectativa de que a filha fosse entender e, ao perceber que não conseguia ter êxito, ficava irritada, impaciente, reagindo com gritos, ofensas e brigas com a filha e marido. Por meio de análise funcional molecular das contingências atuais, foi identificado que a comunicação verbal da cliente com a filha refletia o modo como ela se comunicava com um adulto, ou seja, apresentava pouco repertório de comunicação com a criança. Suas intervenções verbais muitas vezes eram rebuscadas para o entendimento da filha, desencadeando em Sofia sentimentos de incapacidade e frustração com a maternidade, e ela delegava ao marido a responsabilidade de cuidar da filha. Foram identificados ainda outros comportamentos de fuga e esquiva de situações que envolviam desempenho como mãe.

Observou-se a necessidade de trabalhar com a cliente textos sobre o desenvolvimento infantil, buscando a compreensão do que é esperado para cada idade em termos de desenvolvimento psicomotor e cognitivo, dando mais ênfase para a idade da filha, que era de 3 anos. O livro escolhido foi “Cuidando do seu filho do nascimento aos 5 anos” (Shelov & Hannemann, 2006).

A cliente foi orientada a fazer a leitura do texto em casa, sendo que no consultório foram ressaltados dados relevantes do desenvolvimento motor, cognitivo e habilidades esperadas para a fase de 3 anos de idade. Esta leitura foi importante para a compreensão da cliente do que era esperado para uma criança desta idade,

como capacidade de entendimento e aprendizagem mediante as intervenções do ambiente.

Análises funcionais molares possibilitaram a identificação de padrões comportamentais amplos de esquiva, baixa tolerância, baixa flexibilidade e inabilidade em lidar com a filha. Esses padrões poderiam estar relacionados à sua história de aprendizagem, durante a qual instruções lhe eram passadas de forma coercitiva e tinha que corresponder às exigências do ambiente, independente da sua idade e compreensão. Foram observados, portanto, eventos históricos que modelaram e as contingências atuais que mantinham estes padrões comportamentais.

A respeito da sua relação com o marido, moraram juntos durante 10 anos e quando engravidou, formalizaram o casamento no cartório, estando há 18 anos juntos. Os conflitos surgiram após o nascimento da filha, quando o marido passou a ser pouco afetuoso e de pouco diálogo, desencadeando sentimentos de rejeição. Muitos dos conflitos gerados eram devidos a ele ter assumido o “papel” de cuidar da filha e ter deixado de lado o “papel” de marido. Foi identificado que a cliente se esquivava da responsabilidade de cuidar da filha e dos afazeres domésticos, dormia grande parte do dia, deixando para o marido os cuidados com a filha e com a casa. O fato de o marido trabalhar à noite e durante o dia estar em casa contribuía para a manutenção do comportamento de Sofia.

Na 33ª sessão, percebeu-se a necessidade de realizar com a cliente um exercício com o objetivo de identificar quais atribuições estava desempenhando no contexto familiar. Foram trabalhadas, uma a cada vez, oralmente, as seguintes questões:

- Na constituição familiar, o que representa para você os “papéis” de pai, mãe, marido e esposa?
- Como você se percebe nestas atribuições?

- Qual seria o “papel” que seu marido percebe em você?
- Que atitudes suas contribuem para que ele tenha esta percepção?

Este exercício possibilitou à cliente perceber que, dentro daquele contexto, existia uma mistura de “papeis”, ora de mãe, ora de esposa, e ora de “filha mais velha do marido”, este último produzia atenção do mesmo. Esta atividade foi realizada no consultório em duas sessões, contribuindo assim para o engajamento de Sofia na ampliação de repertórios, bem como melhor desempenho nas suas atribuições (mãe e esposa) que era o seu objetivo.

Estas análises proporcionaram à cliente uma compreensão de seus comportamentos e sentimentos, contribuindo para o desenvolvimento de novas habilidades para desempenhar os “papéis” de mãe e de esposa, diminuindo de frequência os comportamentos de fuga e esquiva.

Na segunda fase da terapia, as necessidades da cliente estavam relacionadas às interações interpessoais, fora do contexto familiar. Os conflitos com as colegas eram constantes, irritava-se com facilidade e, na maioria das vezes, queria as coisas do seu jeito. Sentia instabilidade emocional, ora melancólica e sensível, ora agitada e irritada, tendo dificuldade em se controlar. Ao descrever seu estado melancólico, disse que não tinha ânimo para fazer as coisas e que ficava sensível, com vontade de chorar. Diferente de quando se encontrava agitada, percebia que se irritava com facilidade, não conseguindo controlar-se, agindo de forma agressiva diante das situações. A cliente relatou que sua instabilidade emocional sempre contribuiu para a pouca permanência nos empregos quando era solteira e na dificuldade nas relações sociais.

Diante das frequentes alternâncias de humor apresentadas pela cliente e observadas no consultório, foi sugerida a ela uma nova avaliação psiquiátrica, na

qual foi diagnosticada com TB I, sendo medicada com antipsicótico de 500 mg duas vezes ao dia e ansiolítico de 50 mg uma vez ao dia. Este novo diagnóstico trouxe para Sofia uma melhor compreensão de suas oscilações de humor, contribuindo para o engajamento medicamentoso e psicoterápico.

Foram realizadas análises funcionais das situações de conflitos relatadas pela cliente que ocorreriam no contexto familiar e social. Cada situação foi analisada individualmente, por meio de perguntas que pudessem ajudá-la a perceber as relações das contingências envolvidas nos comportamentos de irritabilidade e agitação (brigar e discutir). Estas análises permitiram uma melhor compreensão de seus comportamentos.

Análises molares de padrões comportamentais amplos contribuíram para a identificação de comportamentos como controlar as situações para evitar a probabilidade de falhar e de ter seus comportamentos punidos, intolerância ao próprio erro e ao erro do outro, agitação (impulsividade), baixa tolerância e baixa flexibilidade. Estas análises permitiram a identificação de eventos históricos e contingências atuais que poderiam estar mantendo estes padrões comportamentais.

Foram realizados questionamentos reflexivos, possibilitando à cliente perceber que não tinha como antecipar tudo para ter o controle da situação. O objetivo era de que ela aceitasse que não podemos ser bem vistos o tempo todo e que também não conseguimos acertar tudo e sempre.

Com a identificação destes padrões, foi possível observar alguns comportamentos clinicamente relevantes do tipo 1 (CRBs 1), o que favoreceu a intervenção da FAP. A emissão de CRBs 1 como, por exemplo, o comportamento de trazer vários assuntos para a sessão e não conseguir compreendê-los, comportamentos de inquietude e dispersão na sessão, possibilitou fazer perguntas que levaram a cliente a

perceber a similaridade de seu comportamento na sessão com outros contextos. Por exemplo: “Você percebeu o que aconteceu agora na sessão, isso é similar em outras situações?”, “Fico incomodada quando estou falando com você e percebo que está dispersa”, “Como as pessoas reagem quando você fica dispersa?”. Essas intervenções seguiram uma das regras da FAP e levaram ao desenvolvimento de CRBs 2. A partir disso, a cliente passou a priorizar o que era mais importante relatar na sessão. Foi possível observar a generalização dessas novas respostas ocorridas nas sessões para ambientes extra-consultório diferentes. A modelagem de novos comportamentos aprendidos na sessão contribuiu para uma melhor interação tanto no contexto familiar, quanto no social (curso, vizinhos, parentes).

7. Análises Funcionais Molares

O Quadro 1 destaca alguns padrões comportamentais amplos da cliente, identificados a partir de análises funcionais realizadas no decorrer do processo terapêutico, procurando identificar os contextos históricos estabelecadores e os mantenedores atuais dos padrões analisados.

Esses padrões comportamentais, que foram desenvolvidos ao longo de uma história de vida repleta de punições, geraram comportamentos que, de certa forma, se assemelham à topografia dos transtornos de ansiedade e de bipolar. Os comportamentos de agir de forma antecipada, ficar atenta ao que acontece ao seu entorno para evitar falhar e receber punição podem ter gerado na cliente alguns respondentes como apreensão e sensações físicas desagradáveis, os quais podem ter contribuído para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada.

Padrão Comportamental	Comportamentos que caracterizam	Situações em que ocorrem	Contexto Histórico (História da aquisição)	Condições mantenedoras	Consequências que mantêm	Consequências que enfraquecem
Controladora	Ficar atenta ao que ocorre em seu entorno Fazer várias coisas ao mesmo tempo	Quando quer ter o controle da situação em reuniões sociais, familiares, colegas de classe e professores. No laboratório do curso, procura chegar mais cedo para deixar tudo organizado Quando tem muitas coisas para fazer	Padrasto alcoolista, sempre chegava alterado a casa Tinha que dar conta das tarefas para não receber punição	Evita a probabilidade de falhar Elogios por sua competência e responsabilidade Evita ser questionada	Quando minimiza a chance de ser apontada e criticada Minimiza a possibilidade de erro Quando recebe ajuda das pessoas	Quando as pessoas se afastam Recebe críticas Quando as pessoas esperam mais dela (aumento de exigência) Quando não consegue priorizar uma tarefa em relação às demais
Intolerância ao próprio erro e ao erro dos outros	Exigir a perfeição dela e do outro	Quando não fazem como gostaria	Padrasto rígido e exigente	Evita o próprio erro e tenta evitar que o outro erre com ela	Quando consegue ter êxito e quando as pessoas fazem as coisas como ela gostaria	Quando não consegue lidar com o erro
Baixa tolerância/flexibilidade	Discutir com o marido	Quando o marido não faz o que solicitou	Tinha sempre que fazer quando o padrasto solicitava	Evita sentimentos desagradáveis	Quando as coisas saem do seu jeito	Quando não desenvolve a tolerância e a flexibilidade, necessárias ao convívio social
Impulsividade	Agir de forma precipitada	No curso (dia de prova chegava mais cedo) Quando percebe que não vai dar conta das atividades	Era punida pelo padrasto, quando não conseguia fazer o serviço de casa na hora que era solicitado	Evita a possibilidade de punição	Não perde provas Não recebe críticas	Quando ela tem comportamentos ansiosos Não ser reconhecida Quando não fica atenta às atividades que executa

Quadro 1. Análises funcionais de padrões comportamentais amplos emitidos por Sofia.

Já os comportamentos de fazer várias coisas ao mesmo tempo, querer dar conta das coisas e não conseguir finalizá-las, ou seja, agindo de forma impulsiva, como também não permitir errar para evitar punições, podem ter contribuído para as variações extremas do humor, ora eufórica, ora deprimida, levando ao diagnóstico de transtorno bipolar. O que mantém esses comportamentos é o fato de estar sempre se esquivando da probabilidade de errar, falhar, procurando controlar as situações, muitas vezes sendo impulsiva em suas respostas. No entanto, são funcionais na medida em que minimiza a chance de ser apontada e criticada pelas pessoas; porém, não seriam adequadas quando as pessoas se afastam, quando recebe críticas, não conseguindo desenvolver a tolerância e a flexibilidade necessárias ao convívio social.

8. Objetivos Terapêuticos

8.1. Objetivos Terapêuticos no Início do Tratamento:

- Desenvolver habilidades para lidar com a filha devido ao fato de tratar a criança como adulta, buscando compreender o que é esperado para cada fase do desenvolvimento infantil, bem como o que uma criança de 3 anos pode entender diante das intervenções da mãe;
- Desenvolver o autoconhecimento;
- Discutir o significado da maternidade, como ela se percebia nesse contexto, e ampliar repertórios comportamentais mais assertivos neste contexto; e
- Trabalhar a percepção das situações geradoras de conflito com o marido.

8.2. Objetivos Terapêuticos Durante o Tratamento:

- Estabelecimento de rotina: priorização de tarefas;
- Desenvolver tolerância a críticas; e

- Desenvolver repertório de tolerância à frustração.

9. Mudanças Observadas

Até a elaboração do presente trabalho, puderam ser apontadas algumas mudanças comportamentais. Houve uma melhor compreensão de Sofia no que se refere ao desenvolvimento infantil, daquilo que é esperado para uma criança na fase em que se encontrava a filha, através de textos do livro descrito anteriormente, favorecendo uma interação mais harmoniosa e intervenção compatível com a compreensão da filha. A identificação de padrões comportamentais a partir de análises molares, como baixa flexibilidade e inabilidade em lidar com a filha, estavam relacionados a uma história passada na qual, independente de sua idade, tinha que corresponder às exigências do ambiente. Portanto, o modelo de figuras parentais que Sofia tinha em sua vida a impossibilitava de assumir a maternidade. Diante do desenvolvimento de novos repertórios, a cliente conseguiu desenvolver e assumir o seu “papel” de mãe, melhorando a relação com a filha. O exercício das atribuições de “papéis” no contexto familiar, realizado na 33ª sessão, objetivou fazer com que a cliente pudesse discriminar qual “papel” estava desempenhado naquele contexto. Este exercício possibilitou-a identificar que, dentro daquele contexto, existia uma mistura de “papéis”, ora de mãe, ora de esposa e ora de filha mais velha. Após este entendimento, Sofia passou a desenvolver com mais clareza as atribuições de mãe e esposa.

Na relação com o marido, os diálogos tornaram-se mais frequentes, na medida em que a cliente começou a observar e a perceber que seus comportamentos (gritar, brigar, exigir e querer as coisas do seu jeito) produziam o afastamento do marido. Novos comportamentos foram desenvolvidos como, por exemplo, conversar com o

marido sem alterar o tom de voz, passou a esperar suas solicitações no momento em que o outro pudesse fazer, contribuindo para a diminuição de suas exigências.

Após o estabelecimento dos novos objetivos terapêuticos, os CRBs 1 trabalhados nas sessões possibilitaram à cliente perceber as similaridades dessas respostas em outros contextos e seus efeitos. O desenvolvimento de CRBs 2 emitidos no contexto terapêutico permitiu Sofia responder de forma similar em ambientes diferentes, como contexto familiar e social, o que contribuiu para uma melhor interação nesses ambientes. As análises feitas pela cliente dos seus comportamentos e do ambiente favoreceram a diminuição de sua instabilidade emocional (alteração de humor).

Começou a administrar melhor sua rotina diária, conseguindo finalizar o que priorizava. Emitiu alguns CRBs 3, como, por exemplo: “Comecei a ter iniciativa para fazer as coisas e assumir as minhas responsabilidades em casa, com minha filha, no curso e sinto que estou voltando a ter vida própria”.

Como dito, na relação com o marido o diálogo se tornou mais frequente e os conflitos diminuíram de frequência. Emitiu o seguinte CRB3: “Estou conseguindo conversar com o meu marido sem brigar, quando ele faz algo que eu não gosto”.

Tornou-se mais sensível aos seus comportamentos, emitindo o CRB3: “Estou me observando mais, coisa que não fazia antes, consigo perceber que cada um é de um jeito e isso tem ajudado a melhorar a relação com as pessoas”.

Considerações Finais

A presente monografia teve como objetivo ilustrar a relevância da utilização de análises moleculares e molares na identificação de padrões comportamentais em um caso clínico de TB e TAG. Essas análises permitiram identificar a influência de eventos históricos da vida da cliente na aquisição destes padrões. A partir desta compreensão, tornou-se possível estabelecer uma estratégia de intervenção para a condução do processo terapêutico. De acordo com o que já foi mencionado por alguns autores (Cavalcante & Tourinho, 1998; Delitti & Meyer, 1995; Delitti, 1997; Marçal, 2007, 2010; Moreira & Medeiros, 2007), a análise funcional não se limita apenas à topografia do comportamento, mas sim busca entender a função destes comportamentos na relação com o ambiente no qual o cliente está inserido. Enfatizam a importância de se considerar as contingências históricas ao longo da vida do cliente.

Neste sentido, no caso de Sofia, as análises molares foram relevantes para compreender que a sua história de vida (ontogênese e cultura) foram predominantes para a aquisição dos seus padrões comportamentais, como impulsividade, intolerância ao erro e atitude controladora. Seria importante ressaltar que em sua vida, fatores genéticos (a mãe passou por várias internações em hospitais psiquiátricos) podem ter contribuído para o desenvolvimento do quadro diagnosticado como TB.

De acordo com alguns autores (e.g., Cavalcante & Tourinho, 1998; Matos, 2006), o uso do sistema diagnóstico auxilia no reconhecimento dos transtornos mentais, fornecendo dicas sobre que aspectos devem ser investigados; porém, torna-se restrito o seu uso sozinho por enfatizar apenas a topografia do comportamento e não a

identificação das relações de contingências que estariam envolvidas no comportamento.

No caso de Sofia, identificar estas relações contingenciais possibilitou realizar uma intervenção seguindo a proposta da FAP, com vistas a enfraquecer os CRBs e propiciar o desenvolvimento de novos padrões comportamentais. Durante 5 anos, foi diagnosticada com transtorno de ansiedade, fazendo uso de ansiolítico e antidepressivo e não percebia melhora de seu quadro, ou seja, continuava agitada e novos sintomas surgiram, como variações de humor. Demorou-se muito para que a cliente tivesse o diagnóstico de TB. Alguns autores (Issler e cols., 2004) reforçam que, apesar de TB e TAG serem doenças distintas, podem co-ocorrer, delimitando a conclusão de um diagnóstico mais preciso. Embora a cliente apresentasse alguns sintomas comuns aos dois transtornos (TAG e TB), ela só apresentou melhoras no quadro a partir do momento em que suas medicações foram direcionadas para o tratamento da bipolaridade.

Foi de extrema importância estabelecer uma relação terapêutica intensa, acolhedora, reforçadora e não punitiva, validando os sentimentos da cliente. Esta relação contribuiu para que a cliente pudesse se engajar no processo terapêutico. A proposta da FAP permitiu à cliente sentir-se compreendida e acolhida para relatar suas experiências, sem receio de ser criticada. A terapeuta, ao atentar para os CRBs, possibilitou à Sofia desenvolver novos padrões comportamentais e a generalizá-los para outros ambientes. A compreensão de seus padrões contribuiu para o desenvolvimento de novos repertórios no contexto familiar e social, bem como para a análise de seus próprios comportamentos.

Algumas dificuldades foram percebidas durante o processo terapêutico como, por exemplo, as oscilações de humor que eram constantes na cliente, a sua resistência ao

uso da medicação devido a seus efeitos colaterais (ganho de peso e tremores nas mãos). Segundo Miklowitz (2009), os fatores explicativos para a não adesão ao tratamento farmacoterápico seriam sentimentos negativos em relação ao controle do próprio humor, perda dos períodos de excitação e euforia e os efeitos colaterais. Além da não adesão à medicação, não houve interesse de seu marido em receber informações e orientações sobre o transtorno e suas manifestações, não comparecendo ao consultório quando convidado.

Wielenska (2007) e Miklowitz (2009) ressaltam a importância do envolvimento dos familiares em terapia, para que estes entendam que parte dos comportamentos da pessoa portadora do transtorno pode ser atribuída a uma enfermidade com base bioquímica. Eles propõem, no entanto, uma intervenção psicoeducacional que tem como objetivo ajudar o cliente e seus familiares a entenderem os eventos que antecedem ao episódio agudo, ter uma visão das causas e do tratamento da doença e desenvolver estratégias de como a família pode agir quando houver sinais de recorrência. Portanto, ensinar o cliente e seus familiares sobre o transtorno e torná-lo capaz de reconhecer seus sintomas e sua condição de portador facilita a adesão ao tratamento médico.

O presente estudo possibilitou discorrer, por meio de um caso clínico de TB e TAG, que, embora o uso do DSM-IV auxilie no diagnóstico do reconhecimento dos transtornos mentais, ele não é suficiente para identificar as relações contingenciais entre o indivíduo e o ambiente. Segundo Marçal (2010): “Entender um transtorno comportamental, por exemplo, não é apenas identificar os comportamentos que o caracterizam, mas, sim, saber a quais contingências estariam relacionados” (p. 37). Portanto, considerar as contingências históricas ocorridas ao longo da vida do cliente permite ao terapeuta definir estratégias terapêuticas mais eficazes.

O caso em estudo mostrou a relevância da Análise Comportamental Clínica em um cenário, predominantemente, de transtorno bipolar. A cliente continua em terapia e em processo de reconhecimento de sua condição de portadora de TB, o que poderá auxiliar na adesão ao tratamento medicamentoso e a ampliar os novos repertórios que a auxiliarão para o enfrentamento de novas situações como, por exemplo, o retorno à atividade profissional.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Rodrigues, J., & Sanabio, E. T. (2001). Eventos privados em uma psicoterapia externalista: Causa, efeito ou nenhuma das alternativas? Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a Variabilidade* (pp. 206-215). Santo André: ESETec.
- 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. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição* (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia analítico-funcional (FAP): Caracterização e estudo de caso. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a Variabilidade* (pp. 255-261). Santo André. ESETec.
- Bravin, A. A., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Análise Comportamental do transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): Implicações para Avaliação e Tratamento. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 130-152). Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 139-147.

- Coêlho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21. Retirado no dia 14 de Novembro de 2012, do site <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a02v21n2.pdf>
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 37-44). Santo André: ARBytes.
- Delitti, M., & Meyer, S. B. (1995). O uso de encobertos na prática da terapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp. 269-274). Campinas: Editorial Psy.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2, 176-184.
- Guerra, A. B. G., & Calil, H. M. (2005). Transtorno Bipolar na Mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32. Supl. 1. Retirado no dia 24 de setembro de 2012, do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700016&lng=pt&nrm=iso
- Issler, C. K., Sant'Anna, M. K., Kapczinski, F., & Lafer, B. (2004). Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria*, 26. Supl. III. Retirado no dia 09 de outubro de 2012, do site www.scielo.br/pdf/rbp/v2653/22337.pdf
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2006). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas* (F. Conte, M. Delitti, M. Z. S. Brandão, P. R. Oerduk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Brandão & R. Starling, trads.). Santo André: ESETec.

- Marçal, J. V. S. (2005). Refazendo a história de vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a Variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (2), 231-245.
- Marçal, J. V. S. (2007). Análise comportamental clínica de casos de transtornos do pânico: Sintomas iguais, intervenções diferentes. Em R. R. Starling (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 19. Temas Aplicados* (pp. 314-325). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. 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.
- Matos, E. G. (2006). Considerações críticas sobre a importância e as limitações do uso do DSM-IV por profissionais de saúde mental. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a Variabilidade* (pp. 110-117). Santo André. ESETec.
- Meyer, S. B. (1997). O Conceito de análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 31-36). Santo André. ARBytes.
- Michelon, L., & Vallada H. (2005). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32. Supl. 1. Retirado no dia 09 de Setembro de 2012, do site

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700004&lng=pt&nrm=iso

- Miklowitz, D. J. (2009). Transtorno Bipolar. Em D. H. Barlow (Org), *Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo* (pp. 422-463). Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, M. B., & e Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Tourinho, E. Z. (1993). *O autoconhecimento na psicologia comportamental de B. F. Skinner* (pp. 49-70). Belém: Editora Universitária.
- Tourinho, E. Z. (1999). Eventos privados: O que, como e porque estudar. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade de aplicação* (pp. 13-25). Santo André: ESETEC.
- Tung, T. C. (2007). *Enigma Bipolar: Consequências, Diagnóstico e Tratamento do Transtorno Bipolar*. São Paulo: MG Editores.
- Vandenberghe, L. (2007). Psicoterapia analítico funcional (FAP). Em R. R. Starling (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 19. Temas Aplicados* (pp. 151-158). Santo André: ESETEC.
- Wielenska, R. C. (2007). Transtornos de ansiedade e de humor: limites da terapia individual. Em R. R. Starling (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 19. Temas Aplicados* (pp. 37-41). Santo André: ESETEC.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental, sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

Anexos

Anexo 1. Termo de Autorização, modelo utilizado pelo IBAC.

**AUTORIZAÇÃO PARA SUPERVISÃO DE CASO
E ARQUIVAMENTO RELATÓRIOS**

Eu, _____,
 Portador(a) da identidade nº _____ estou ciente e concordo
 que as sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a)
 terapeuta _____ sejam regularmente
 discutidas em supervisões de grupo e descritas formalmente em relatórios escritos, de
 acordo com a legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Psicologia. Ademais,
 autorizo que tais relatórios sejam arquivados pelo(a) terapeuta e pelo(a) supervisor(a)
 do Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, tendo em vista a
 obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços
 psicológicos que, neste caso, se refere à atividade de estágio supervisionado do
 Curso de Formação em Análise Comportamental Clínica. Foi-me assegurado que,
 nas referidas supervisões em grupo, minha identidade será mantida em sigilo, bem
 como quaisquer dados que possam identificar a mim ou meus familiares.

Brasília, ____ de _____ de 20__.

 Cliente/Responsável

 Aluno(a)/Terapeuta

 Supervisor(a)

 Coordenação Clínica