



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Transtorno do Pânico na Terceira Idade:  
A Importância da Relação Terapêutica na  
Visão Analítico-Comportamental**  
Fabienne Ribeiro Soares

Brasília  
Abril de 2013



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Transtorno do Pânico na Terceira Idade:  
A Importância da Relação Terapêutica na  
Visão Analítico-Comportamental**

Fabienne Ribeiro Soares

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  
Abril de 2013



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

### **Folha de Avaliação**

**Autora:** Fabienne Ribeiro Soares

**Título:** Transtorno do Pânico na Terceira Idade: A Importância da Relação Terapêutica na Visão Analítico-Comportamental

**Data da Avaliação:** 17 de abril de 2013

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

---

Membro: Prof. Esp. Frederico Veloso

---

Membro: Prof.<sup>a</sup> Msc. Esp. Flávia Fonseca

Brasília  
Abril de 2013

Aos meus professores do IBAC, que com dedicação e maestria contribuíram para meu crescimento profissional, em especial João Vicente Marçal, Marcelo Beckert (*in memoriam*), Ana Karina e Frederico Veloso, os quais fizeram grande diferença em minha formação.

## Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me ajuda a não desistir nas dificuldades e ser perseverante!

Aos meus pais e minha irmã que sempre apoiaram meu crescimento profissional, me dando condições para obtê-lo.

Ao meu filho Gabriel, que, por muitos momentos, sentiu minha ausência devido aos estudos dedicados nesta especialização e, em especial, neste trabalho, mas que pacientemente compreendeu. Você será sempre minha grande motivação!

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado neste caminho de alguns anos dedicados para a aprendizagem destes conhecimentos. Em especial, à Giovanna Guiotti e Marcela Abreu, amigas e colegas, por terem servido de modelos de dedicação aos estudos durante o curso, e à amiga Patrícia de Oliveira, todo meu carinho por ter me apoiado, compreendido minhas ausências e ter, desta forma, contribuído para o meu crescimento profissional.

Ao meu saudoso amigo e colega, Marcelo Beckert (*in memoriam*), pelo seu exemplo de amor à psicologia e incentivo que me foi dado durante os momentos da especialização.

Aos meus clientes, pela confiança depositada, pelos sofrimentos compartilhados e, principalmente, pela oportunidade que a mim foi dada de aprender com esta troca.

A todos os meus professores do IBAC, que, com grande profissionalismo, me ensinaram muito mais do que conteúdos, teorias, práticas, mas a amar cada vez mais esta profissão tão gratificante e saber que ser psicólogo é mais que uma atividade profissional de ajuda ao outro, mas uma honra.

## Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Lista de Tabelas -----	v
Lista de Quadros -----	vi
Resumo -----	vii
Introdução -----	1
Método -----	18
Participante -----	18
Queixas e Demandas -----	18
Ambiente -----	18
Procedimento -----	18
Resultados -----	20
1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais -----	20
2. Análises Funcionais Moleculares -----	21
3. Controle Instrucional -----	22
4. Relacionamentos Relevantes -----	23
5. História de Vida -----	24
5.1. Familiar -----	24
5.2. Sócio-Afetiva -----	25
5.3. Acadêmico-Profissional -----	27
5.4. Médico-Psicológico -----	27
6. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta -----	28
7. Relação Terapêutica -----	29
8. Análises Molares -----	31
9. Objetivos Terapêuticos -----	31
10. Intervenções Realizadas -----	33
11. Mudanças Observadas -----	37
Considerações Finais -----	42
Referências Bibliográficas -----	47
Anexos -----	53
Anexo 1. Termo de autorização, modelo padrão utilizado no IBAC -----	54
Anexo 2. Atividade de Registro -----	55
Anexo 3. Atividade de Autoconhecimento -----	56
Anexo 4. Atividade de Identificação de Reforçadores -----	59

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Algumas das análises funcionais feitas no decorrer do período em que os 27 atendimentos ocorreram-----	21
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## Lista de Quadros

Quadro 1. Algumas das análises molares realizadas no decorrer dos 27 atendimentos terapêuticos-----	32
Quadro 2. Comparação entre objetivos terapêuticos e resultados alcançados ou em processo-----	41



## Resumo

A relação terapêutica tem se mostrado de grande relevância para o sucesso psicoterápico. O presente estudo apresenta brevemente a base teórica de duas abordagens em Análise Comportamental Clínica (FAP e ACT), acerca do papel dessa relação e ilustra sua relevância em um caso de Transtorno de Pânico de uma cliente na terceira idade. Apresentam-se as intervenções realizadas, que tiveram como base análises moleculares e molares para compreensão das contingências atuais e históricas do caso clínico, possibilitando a identificação de padrões comportamentais. Além das técnicas que a analista do comportamento utilizou em sua intervenção, o foco na relação entre o cliente e a terapeuta facilitou a obtenção de resultados na terapia, tais como o enfraquecimento dos sintomas do Transtorno do Pânico e melhorias nas relações entre a cliente e seus familiares. O processo de intervenção ainda não havia sido concluído quando da redação do presente trabalho, pois a abordagem analítico-comportamental visa ampliar a atuação do psicólogo para promover autoconhecimento e melhoria da qualidade de vida de forma mais ampla.

Palavras-chave: relação terapêutica; Transtorno do Pânico; Psicoterapia Analítica Funcional; Terapia de Aceitação e Compromisso; Análise Comportamental Clínica.

Os Transtornos de Ansiedade têm sido queixa muito frequente nos consultórios psicológicos. A ansiedade pode ser entendida, segundo Skinner (1953/2000), como uma condição resultante de mudanças comportamentais caracterizadas por fortes respostas emocionais diante da previsão de um estímulo aversivo, e da evitação deste estímulo através da evocação de um comportamento outrora condicionado. Considerando que a ansiedade parece ser um quadro natural de reação do organismo em situação de uma possível ameaça, quando sua intensidade ou persistência começa a causar prejuízos para a vida do indivíduo, este comportamento passa a ser entendido como perturbador ou problemático, podendo levar ao que se considera um transtorno de ansiedade. Podemos verificar, na ampla categoria deste transtorno, que existem diversos diagnósticos (Bravin & de-Farias, 2010). Nesta categoria, podemos citar como exemplos o transtorno fóbico, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno do pânico.

Dentre eles, o mais frequentemente encontrado em consultório é o transtorno do pânico, com ou sem agorafobia (ansiedade de ter um ataque de pânico em um lugar público do qual escapar ou obter ajuda de alguém seria difícil), que pode acarretar em grandes prejuízos sociais, profissionais e afetivos ao gerar um estresse intenso no sistema nervoso autônomo, causado por crises de ansiedade muito intensas. Essas crises (que se denominam ataques de pânico) são espontâneas e recorrentes, e são caracterizadas pelo início inesperado de respondentes como falta de ar, sudorese, taquicardia, sensação de sufocamento, náuseas, tremores, medo de ficar louco e de perder o controle. Os ataques são traumáticos para o indivíduo, que acredita que podem levá-lo à morte ou à falta total de controle de si mesmo, e normalmente resultam em um medo exacerbado de que venham a se repetir (Dalgalarrodo, 2000; Sadock, 2007).

Segundo Barlow (1999), existem pessoas psicológica ou biologicamente vulneráveis aos ataques de pânico. O primeiro episódio apenas se trata de um “alarme falso”, desencadeado pela presença de estressores (estímulos aversivos), levando a um aumento rápido no nível de estresse fisiológico e de apreensão sobre estas sensações corporais; o transtorno do pânico se instalaria após a ocorrência de alguns ataques, o que leva à apreensão do indivíduo de futuros ataques, associando, de forma condicionada, aspectos do contexto onde ocorreram ou da proximidade deste contexto.

O terapeuta, diante de um cliente com queixas semelhantes às definições citadas, deve ser cuidadoso e criterioso ao levantar hipóteses em sua avaliação. Rangé e Bernik (2001) destacam que um diagnóstico diferencial faz-se necessário, com o objetivo de identificar todas as variáveis que levam a este quadro clínico: devem-se incluir outros tipos de transtornos de ansiedade, assim como abstinência de alguma substância química, variáveis de origem física (labirintite ou hipo/hipertireodismo, por exemplo), dentre outros.

Um instrumento para a elaboração do diagnóstico, e bastante usado na área médica como forma de definição de doenças e classificação dos sintomas psiquiátricos, é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), que está em sua quarta edição revisada (DSM-IV-TR). O DSM-IV-TR define que, para ser diagnosticado com transtorno do pânico, o indivíduo deve apresentar ataques de pânico inesperados e recorrentes, uma preocupação persistente há pelo menos um mês em ter outro ataque de pânico, preocupação com as consequências do ataque ou de ter alguma alteração comportamental significativa em função do mesmo. O transtorno do pânico pode ou não ser acompanhado de agorafobia. Com a presença de agorafobia, o paciente apresenta um ou mais dos sintomas descritos, juntamente

com o medo/ansiedade de ter um ataque em ambiente público e não conseguir ajuda ou ser socorrido..)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua 10ª edição (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), define o transtorno do pânico como sendo ataques recorrentes de ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem somente numa situação ou em circunstâncias determinadas e que, de fato, acontecem nas mais diversificadas situações, sendo, portanto, imprevisíveis. Além dos sintomas classificados no DSM-IV-TR, como palpitações e falta de ar, há um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco.

Baker (2007) descreve que o transtorno de pânico gera muito sofrimento ao indivíduo, principalmente porque concepções errôneas são estabelecidas, por exemplo, de que os ataques podem levar à morte ou a alguma outra seqüela. Não existe nenhum registro de que os ataques levaram a pessoa a óbito.

Segundo Nardi e Valença (2005), 40% dos casos diagnosticados com transtorno do pânico apresentam agorafobia, sendo considerados casos mais severos; cerca de 37% coexistem com outro transtorno de ansiedade e 90% dos indivíduos acreditam ter um problema físico, e não psicológico ou psiquiátrico.

Pacientes que procuram hospitais com estes sintomas, quando atendidos por uma equipe médica, frequentemente são diagnosticados a partir da descrição destes manuais. Além disto, são ministrados tratamentos farmacológicos para a melhoria do quadro. Os fármacos podem ser importantes em um primeiro momento, sempre acompanhado de um acompanhamento médico, para diminuir sintomas como ansiedade e depressão, mas a terapia é de fundamental importância para se estabelecer uma condição de melhora ao cliente, pois não apenas o sintoma será

tratado, mas sua função, superando as limitações impostas da categorização diagnóstica, adequando o tratamento a cada indivíduo (Dougher & Hackbert, 2003).

Segundo Vandenberghe (2003), o instrumento DSM-IV-TR limita-se a definições como entidades verdadeiras de descrições topográficas de patologias, onde a partir de uma amostra poderia ser definida a doença, desconsiderando a função destes comportamentos e a idiosincrasia.

Tanto o DSM-IV-TR como o CID-10 fazem uma descrição do transtorno enfocando sua natureza nosológica. Na visão de alguns autores, como Cavalcante e Tourinho (1998), estes instrumentos podem servir como ponto de partida ao terapeuta, pois descrevem a topografia de respostas, mas o profissional não pode ater-se a apenas estas informações, pois, conforme o entendimento dos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical, a análise vai além da topográfica e não deve se embasar em concepções internalistas. O analista comportamental deve compreender a função do comportamento, na relação entre organismo e meio, tendo, assim, uma visão externalista do que causa o transtorno.

De acordo com a visão analítico-comportamental, uma visão topográfica e internalista restringiria o entendimento do transtorno e iria de encontro ao que postula o Behaviorismo Radical em sua visão contextualista, antiinternalista (Marçal, 2010). Resumir a descrição do transtorno ao enfoque destes instrumentos seria como desconsiderar os eventos ambientais como causadores do comportamento.

Skinner (1953/2003) não nega a existência de estados internos, mas defende que estes estados não contribuem sozinhos para a determinação dos comportamentos públicos, sendo preciso identificar e compreender as variáveis que controlam o comportamento (variáveis externas/independentes), ou seja, as variáveis das quais o comportamento é função. Desse modo, do ponto de vista da Análise do

Comportamento, explicações baseadas em variáveis mentais ou cognitivas não seriam suficientes.

de-Farias (2010) distingue a Análise Comportamental Clínica da Terapia Cognitiva ou da Terapia Cognitiva-Comportamental pelo seu embasamento teórico pautado no Behaviorismo Radical. Os eventos privados, cognitivos ou mentais não são negligenciados, como em outras versões do behaviorismo, mas são vistos como sendo da mesma natureza dos eventos públicos. Eventos privados são considerados comportamentos ou estímulos que controlam comportamentos e, portanto, devem fazer parte das análises realizadas, mas não consistem em causas fundamentais dos comportamentos publicamente observáveis.

Diferencia-se o comportamento público do privado apenas por este último ser acessado diretamente somente pelo indivíduo. Ambos ocorrem na mesma dimensão natural e se explicam pelas mesmas leis que descrevem suas relações funcionais. O ser humano interage no meio ambiente, sendo parte dele. Sendo assim, o sofrimento do indivíduo não é controlado por algo que escape ao mundo físico. O terapeuta deve considerar a interação do indivíduo com o ambiente, desde o seu nascimento, considerando os eventos privados como uma relação entre eventos ambientais, e não se basear em constructos hipotéticos metafísicos que nos afasta do saber científico. Dessa forma, propõe-se o fim do dualismo mente-corpo (Baum, 1994/1999; Marçal, 2010; Skinner, 1953/2000, 1974/2006).

Eventos privados, como pensamentos e emoções, são fenômenos psicológicos e não podem ser vistos como causa do comportamento. Skinner (1974/2006) afirma que “o que é sentido ou introspectivamente observado não é nenhum mundo imaterial da consciência, da mente ou da vida mental, mas o próprio corpo do observador” (p. 19). Como dito, suas causas estão nos eventos ambientais externos. Segundo Abreu-Rodrigues e Sanabio (2001), os eventos privados podem adquirir

função de variáveis de controle com funções reforçadoras, discriminativas, motivacionais, mas não podem ser usados como única explicação do comportamento, sem considerar a descrição de outras variáveis, históricas e atuais, que controlam o comportamento.

Analistas do comportamento definem o transtorno de pânico como sendo um comportamento, não uma doença, controlado tanto por eventos privados como públicos. Entendem que o organismo se comporta desta forma como uma reação ao meio com o qual interage, sua história de condicionamentos, ou seja, suas experiências significativas, e que o comportamento possui uma função nessa interação com poderosos reforçadores. Observa-se que existem “ganhos” ao estar “doente”, apesar das sensações fisiológicas consideradas aversivas, isto é, o cliente passa a ter acesso a alguns reforçadores importantes para ele. Nessa visão, compreender que o comportamento é contextual e historicamente definido traz uma grande vantagem às análises, ao invés de uma descrição topográfica dos sintomas (Marçal, 2005a, 2005b, 2010).

Algumas características de funcionamento psicológico são comuns nos clientes com o transtorno, como, por exemplo, história de dependência emocional, passividade; timidez excessiva; baixa assertividade; ansiedade social elevada; medo de avaliações negativas; dificuldade em lidar com frustrações, raiva e críticas, de discriminar eventos que desencadeiam dores emocionais, de identificar e expressar estados emocionais; inibição comportamental e reações autonômicas em contextos de situações familiares e sociais desde a infância, perfeccionismo, o fato de serem bastante exigentes consigo mesmos, e de assumirem uma carga excessiva de responsabilidade e afazeres diários, dentre outros. Além disso, tendem a perceber seus pais como superprotetores, críticos, controladores, rejeitadores e amedrontadores. Portanto, entender a história de vida e as contingências que se

estabeleceram é de suma importância para o analista comportamental, para compreender como essas características se apresentam, as regras que aprendeu, e buscar comportamentos alternativos para diminuir seu sofrimento. Importante é mostrar ao cliente que experiências negativas condicionaram estes comportamentos. Portanto, mais importante que compreender os sintomas, é entender que contextos históricos levaram a desenvolver certos padrões de comportamentos, desencadeando o transtorno e o que o mantém. Assim, com uma análise mais ampla, o profissional terá condições de intervir no contexto que mantém os comportamentos (Baker, 2007; Rangé, 2001, citado por Torres, 2003).

Bravin e de-Farias (2010), ao descreverem o transtorno do pânico, apontam a interação entre comportamento respondente (sensações físicas descritas anteriormente) e comportamento operante.

O comportamento operante é aquele que produz consequências no meio ambiente, modificando-o, e sendo afetado por elas. A partir desse entendimento, definimos como reforço as consequências que aumentam a probabilidade de o comportamento emitido voltar a ocorrer e a diminuição da frequência de outros comportamentos diferentes do que foi reforçado. O reforço pode ser considerado como positivo quando ele aumenta a probabilidade de o comportamento reforçado ocorrer e porque a modificação no ambiente será sempre de adição de um estímulo, e como reforçamento negativo o aumento da probabilidade do comportamento com a retirada de um estímulo do ambiente (reforçador negativo) (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/2000).

Fugioka e de-Farias (2010) abordam a importância do entendimento da ontogênese, identificando a relação do indivíduo com o meio ambiente, sua história individual de reforçamento e punição, isto é, como seus comportamentos foram condicionados. Entende-se punição como sendo “uma forma de controle do



comportamento em que as consequências ambientais do responder tornam-no menos provável” (p. 263). No entanto, o contato com o estímulo aversivo não influencia apenas os comportamentos operantes. Este estímulo elicia fortes respostas emocionais. Com isto, é importante identificar se o indivíduo vivenciou uma forte história de punição, pois esta pode exacerbar respostas de ansiedade, o que repercutirá em toda a sua relação com seu ambiente externo e/ou interno e, portanto, gerando graves efeitos emocionais. Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) relatam que há escassez de estudos envolvendo controle aversivo, sendo de suma importância para compreendermos como os estímulos aversivos afetam nosso comportamento.

A punição positiva ocorre quando as contingências produzem uma redução na frequência da resposta de se comportar, devido à apresentação de um estímulo aversivo. Com relação à punição negativa, a frequência do comportamento também é diminuída, porém há a retirada de um estímulo reforçador. Todorov (2001) descreve que punições positivas levam a uma diminuição da resposta de se comportar, de forma rápida e até mesmo levando à supressão completa, porém podem acarretar em efeitos irreversíveis para o organismo.

Catania (1998/1999) ressalta que, como consequência de uma história de punições, pode haver o aumento de um repertório alternativo para evitar estímulos aversivos. Este processo é chamado de reforçamento negativo, no qual o indivíduo diminui a frequência da resposta que anteriormente era punida, ou seja, produzia um estímulo aversivo, e desenvolve novas respostas que são reforçadas (aumentando de frequência), ao evitar ou terminar o contato com o estímulo aversivo.

Desse modo, a punição leva a uma diminuição da frequência do comportamento, além de padrões comportamentais de fuga ou esquiva. Comportamentos de fuga são aqueles que interrompem um estímulo aversivo que já está presente no ambiente. As respostas de fuga possuem um valor adaptativo muito forte para a espécie e seu

aprendizado é rápido. A remoção imediata do estímulo aversivo (ou estímulo reforçador negativo) fortalece a resposta que produziu tal remoção, e, portanto, terá uma maior probabilidade de se repetir no futuro. A esquiva, por sua vez, pode ser definida como um comportamento que o organismo emite para evitar a situação aversiva antes que ela ocorra (Catania, 1998/1999; Skinner, 1953/2000).

Segundo Rangé (2001), estas pessoas com padrão de fuga/esquiva não lidam bem com a incontrollabilidade dos eventos e não experimentam riscos. Procuram controlar o ambiente e evitam autoexposições no consultório para se sentirem protegidos e seguros. A pessoa tem a ideia irrealística de que, ao evitar entrar em contato com as situações aversivas e com suas emoções, achando que estas são as causas do seu comportamento, estão livres delas; porém, com a ampliação cada vez maior de seu comportamento de esquiva, restringe seu contato com o ambiente e perde acesso a reforçadores. No consultório, é possível perceber com clareza as esquivas do cliente quando o terapeuta aborda assuntos do dia a dia ou da própria relação terapêutica que venham a evocar emoções.

Conforme já definido como comportamento operante, Bravin e de-Farias (2010) citam que se pode pensar no padrão de resposta de “fuga” (eliminação do estímulo aversivo) para o transtorno sem agorafobia, e o padrão de “esquiva” (evitação do estímulo aversivo) para o transtorno com agorafobia. Esses padrões levam à limitação de contatos sociais, por não se exporem a lugares públicos. Devido a comportamentos de fuga e esquiva, a maioria dos clientes com o transtorno apresenta baixo repertório comportamental de habilidades sociais e enfrentamento e solução de problemas, o que leva a pouco contato com consequências reforçadoras. Ao evitarem se expôr às situações ansiogênicas, além de muitas vezes estarem em um ambiente pobre em reforçamento, não têm seus comportamentos modelados, o que leva ao

empobrecimento de repertórios alternativos para obtenção de outros reforços poderosos (Zamignani & Banaco, 2005).

Sidman (1989/2001) afirma que a privação social estabelece valores de reforço às consequências sociais de atenção, cuidado, evitar ter responsabilidades, dentre outras. Isto mantém os comportamentos de fuga e esquiva (reforçados negativamente por eliminar ou evitar a situação aversiva), que são também reforçados positivamente com as consequências sociais citadas.

Sendo assim, em uma terapia para clientes com transtorno do pânico, é necessário que estes ampliem sua variabilidade de respostas e o acesso aos reforçadores positivos. Modelagem de novos comportamentos, treino de assertividade, ampliação dos contatos sociais, dentre outros, podem favorecer o contato com os reforçadores positivos e enfraquecer os padrões de fuga e esquiva, presentes no reforço negativo.

Vandenberghe (2003) considera que, ao pensarmos em transtorno do pânico, o terapeuta analítico-comportamental deve basear-se em uma análise funcional do comportamento, considerando que o fenômeno fundamenta-se em unicidade absoluta, isto é, nenhum caso é igual ao outro; a função do comportamento deve ser compreendida através do entendimento do aparecimento, da manutenção e a evolução do transtorno, e da não especificidade nosológica. Vários comportamentos podem apresentar diferentes topografias, porém apresentam a mesma função.

Segundo Delitti (1997), devemos fazer análises funcionais durante todo o processo terapêutico. No início do processo, para levantamento de hipóteses; durante as sessões, para observar os comportamentos do cliente na relação terapêutica e de seus relatos do que acontece fora do atendimento; e, no final, para o planejamento da generalização e manutenção das mudanças comportamentais em seu ambiente natural.

A análise funcional compreenderia o estabelecimento de relações entre estímulos antecedentes, respostas e estímulos consequentes, o que permitiria a escolha de intervenções terapêuticas. Em outras palavras, deve-se entender a função, o que mantém este comportamento. No caso do transtorno do pânico, precisa-se compreender em que contexto os ataques aparecem e que consequências foram produzidas; que tentativas de esquiva das experiências corporais aversivas ocorreram; quais comportamentos operantes são predominantes, por meio do levantamento da história do cliente.

Cirino (2006) enfatiza que identificar as variáveis ambientais que estão presentes no aqui e agora nos permite identificar suas influências sobre o comportamento presente do cliente. Como as variáveis históricas não estão presentes no aqui e agora, é provável que tenhamos dificuldades em identificá-las, mas influenciam o comportamento atual.

Marçal (2007) apresenta que uma análise funcional para o transtorno do pânico, aliada com o emprego de análises molares para o levantamento de contingências históricas e padrões comportamentais envolvidos, é de suma importância para o analista do comportamento. A análise molar contribui para tornar o processo terapêutico mais refinado e preciso, pois dados históricos podem determinar diretrizes de tratamento de uma forma mais ampla, através da identificação de padrões comportamentais e as diferentes funções de seus comportamentos, e não apenas utilizar de técnicas para reduzir os sintomas presentes, como, por exemplo, a ansiedade no caso do transtorno do pânico. Para o autor, técnicas de dessensibilização sistemática e contracondicionamento são importantes, porém uma intervenção não deve somente ter como objetivos a alteração/eliminação de respondentes, mas principalmente voltar-se para a aquisição de um novo repertório operante a partir do contato com novas contingências. Porém, para essas análises e

mudanças comportamentais serem implementadas, uma análise histórica de vida do cliente e proporcionar o autoconhecimento são fundamentais para que o cliente entre em contato com condições aversivas para, posteriormente, acessar reforçadores importantes. A análise funcional é feita através da interação terapêutica (Marçal, 2005a, 2005b).

Segundo Alves e Isidro-Marinho (2010), Ferster (1972) é o pioneiro, na abordagem analítico-comportamental, na discussão da relevância da relação terapêutica como sendo um instrumento de mudança clínica. É através dessa interação que o cliente generaliza os comportamentos respondentes e operantes para dentro do contexto clínico, onde o terapeuta teria a oportunidade de modelar o comportamento do cliente por meio de reforçadores naturais, e não arbitrários.

de-Farias (2010) descreve que o cliente é visto, pela Análise Comportamental Clínica, como sendo o produtor e o produto das contingências, e assumindo um papel ativo na terapia. A atenção é na relação terapêutica e na história de vida do cliente, que permitirá compreender como ele atua nas contingências atuais e como essas controlam seus comportamentos. O terapeuta tem como um dos objetivos ensinar ao cliente a fazer análises funcionais, identificando a linha de base (comportamento apresentado antes da intervenção terapêutica) e as variáveis de controle. Através destas análises, propor ao cliente um plano terapêutico e acompanhar constantemente o caso clínico.

Existem contingências que determinam os comportamentos do terapeuta durante a sessão em função da sua relação com o cliente. Essas contingências controlam o comportamento de ambos os envolvidos. O terapeuta precisa ter “consciência” delas para criar condições necessárias para que seu cliente perceba o que controla o seu comportamento. É a relação terapêutica que cria condições para desencadear e prover

esse processo de conscientização. O agente desta relação, para que isto ocorra, é o próprio terapeuta (Guilhardi, 2007).

Para Cordioli (1998), características do terapeuta interferem positivamente na interação do mesmo com o cliente, como empatia, calor humano, interesse genuíno e competência profissional. O terapeuta deve ter interesse em falar com pessoas e ouvi-las, curiosidade, compaixão, capacidade de se preocupar e falar com o outro, criando um ambiente favorável que transmita segurança, para que possam compartilhar de alguma intimidade, estabelecendo um bom vínculo terapêutico.

Alves e Isidro-Marinho (2010) citam que, após a influência de Ferster (1972), algumas abordagens citadas adiante se pautaram e tiveram grande aceitação na comunidade terapêutica baseada na filosofia do Behaviorismo Radical.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) desenvolveram uma proposta sistematizada sobre a relação terapêutica, tentando resgatar a subjetividade do cliente e do terapeuta nesta relação. Com uma abordagem teórica e prática, os autores nomeiam esta teoria como *Funcional Analytic Psychotherapy* (FAP), ou Psicoterapia Analítica Funcional, que supõe que o problema do cliente também ocorrerá no *setting* terapêutico, podendo, assim, ser trabalhado pelo terapeuta. Refere-se à transferência (tal como conceituada por Freud) como um importante componente da relação terapêutica, pois a análise do comportamento do cliente será realizada dentro da sessão, ou seja, apenas com sua presença. O foco está na relação terapêutica como instrumento de mudança. A FAP tem como base a investigação de como o reforçamento, a especificação de comportamentos clinicamente relevantes e a generalização podem ser alcançadas diante das limitações de atendimento típicas de um consultório.

A FAP, através de um ambiente acolhedor, com relacionamentos próximos ou íntimos, evoca reações emocionais importantes e produz efeitos reforçadores. Os clientes com padrões dependentes e controladores serão beneficiados, tendo seus

comportamentos modelados pelas contingências diretas da relação interpessoal entre ele e o terapeuta, o que facilita o desenvolvimento de maior autoconfiança e autoestima<sup>1</sup> (Torres, 2003).

Como já citado, eventos privados são de difícil acesso e podem ser inferidos pelo terapeuta por meio da observação do comportamento verbal do cliente e de suas respostas colaterais públicas. A FAP acredita que as demonstrações de emoções durante as sessões são mais fidedignas que o relato verbal do cliente, necessitando, assim, que o terapeuta tenha um bom treino de observação de sentimentos para compreensão da relação terapêutica.

Para Kohlenberg e Tsai (1991/2001), o terapeuta deve estar atento aos comportamentos emitidos na sessão, definidos como comportamentos clinicamente relevantes ou CRBs (do inglês, *Clinically Relevant Behaviors*), que incluem tanto os “comportamentos-problema” como aqueles comportamentos finais desejados através da terapia. Os CRBs 1 referem-se aos comportamentos-problema que o cliente apresenta na sessão terapêutica e que devem, com a evolução da terapia, ter sua frequência diminuída. Como CRBs 2, entendem-se os progressos apresentados pelo cliente que ocorrem na sessão terapêutica, tendo o objetivo de aumentar sua frequência. E os CRBs 3 são as interpretações, por meio de análises funcionais, dadas pelo próprio cliente sobre o seu comportamento no ambiente e equivalência funcional, que indica a semelhança entre o que ocorre em sua vida e na sessão.

Kerbaux (2002) descreve a FAP como sendo um modelo baseado no comportamento verbal, enfocando a relação terapeuta-cliente, e sua fundamentação parte da premissa de que todas as pessoas se comportam devido às contingências experienciadas em sua história de vida. Sendo assim, os mesmos princípios de

---

<sup>1</sup> Autoestima, segundo Guilhardi (2002), é um sentimento em relação a si mesmo. “Autoestima é o produto de contingências de reforçamento positivo de origem social” (p. 71).

aprendizagem podem ser entendidos na sessão como contingências, contexto, modelagem, reforçamento natural e semelhança funcional. Os CRBs podem ser evocados pelo terapeuta na sessão e ele pode ser um grande agente de mudança. O conceito de transferência, há muito citado na Psicologia, é entendido na visão analítico-comportamental como um comportamento operante que ocorre na sessão terapêutica pela semelhança desta (terapeuta e relação terapêutica) com outras que o cliente experienciou.

Segundo Delliti (2005):

“Quando o cliente entende a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, ele começa a revelar informações, sente-se protegido, confia no terapeuta, identifica este relacionamento como especial, diferente do que tem com outras pessoas. Como consequência, as respostas adquiridas e reforçadas nesta interação frequentemente se generalizam para outros ambientes, ficando sob controle das contingências naturais” (p. 106).

De acordo com a FAP, os comportamentos do cliente ocorrerão na sessão como se estivessem no seu contexto natural, em função da relação terapêutica. Assim, o terapeuta pode intervir nestes comportamentos para extinguir os tidos como inadequados e reforçar naturalmente os progressos do cliente, que também ocorrerão na sessão.

Dutra (2010) cita a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), proposta por Hayes, Strosahl e Wilson (1999), e a FAP como abordagens que enfatizam a relação terapêutica. Ambas direcionam a terapia para a promoção de aceitação, isto é, a redução da esquiva experiencial e o aumento da tolerância emocional no *setting* terapêutico. As propostas divergem nas técnicas utilizadas. A FAP foca nos CRBs, já descritos anteriormente, e a ACT usa de metáforas e enfraquecimento do controle verbal, entrando em contato com as emoções até então evitadas, e visa auxiliar o



cliente a entender que suas emoções são produtos das contingências ambientais às quais foi exposto. O comportamento verbal e o contexto cultural estabelecem quais emoções e sentimentos devem ser evitados. A pessoa passa a evitar as experiências privadas para não entrar em contato com as experiências traumáticas. A esquivas experiencial passa a ocorrer quando estes eventos privados passam a ser alvos do controle verbal. Segundo a FAP, a esquivas reduz a oportunidade de aquisição de novos comportamentos e Dutra ressalta que o bloqueio desta esquivas em consultório assume um caráter aversivo. O processo de bloqueio da esquivas é descrito, por ambas as abordagens, como sendo uma forma de produzir aprendizagem do cliente ao limitar sua esquivas, identificar suas variáveis de controle, reduzindo o controle instrucional. Tanto estratégias da ACT quanto da FAP podem resultar em controle aversivo na relação terapêutica (e.g., bloqueio de esquivas experiencial), apesar de priorizarem o uso de estratégias positivamente reforçadoras. Fazer com que o cliente entre em contato com as experiências negativas é um dos objetivos da terapia, pois ele precisa entrar em contato com as variáveis de controle que eliciam suas emoções. Apesar de aversivo, é usado de forma justificável por permitir ao cliente realizar análises funcionais e aprendizagem de comportamentos mais efetivos. Para a ACT, quanto mais o cliente entrar em contato com as emoções das quais se esquivas, sem julgamento ou crítica do terapeuta, ou tentativa de controlá-las, menos aversivas serão para ele, pois irão adquirir outras funções de estímulos. Assim, o terapeuta altera as funções de estímulo destes eventos privados. O terapeuta deve observar e sinalizar ao cliente quando a esquivas emocional ocorrer e proporcionar o contato com a situação aversiva para aprender a tolerar suas emoções. Importante lembrar que o terapeuta deve levar em consideração a particularidade do seu cliente ao bloquear a esquivas, levando em conta sua tolerância aos estímulos aversivos. Neste caminho, fala-se sobre a aceitação das emoções, condição essencial para aprender a

tolerar seus sentimentos, resultado do bloqueio da esquiva. A aceitação reduz a culpa por meio de uma análise funcionalista de suas emoções e sentimentos, sem haver julgamentos. Tanto a redução da culpa quanto a auto-observação são promovidas por meio da relação terapêutica. Sidman (1989/1995, citado por Dutra, 2010) aponta que punições suaves suprimem algumas respostas, pelo menos temporariamente, e que pode ser uma oportunidade de o terapeuta treinar novos comportamentos mais adaptativos. A terapia caracterizada pelo uso do reforçamento positivo, associada com contingências aversivas, pode promover mudanças duradoras no cliente, mas essas contingências aversivas não podem ser utilizadas de forma negligente (Dutra, 2010).

O presente estudo apresenta um atendimento clínico baseado na abordagem analítico-comportamental, de fundamentação behaviorista radical, e com utilização de técnicas da ACT e da FAP, que vêm para contribuir com suas premissas de aceitação, tolerância emocional, bloqueio de esquiva e foco na relação terapêutica como principal meio para mudança do cliente. A queixa inicial da cliente foi de sintomas de transtorno do pânico e dos prejuízos causados em sua vida pelos comportamentos apresentados atualmente.

Defende-se aqui a importância da relação terapêutica como um meio produtor de mudança, tendo o terapeuta um papel ativo como um agente desta mudança. Para compreender os padrões comportamentais emitidos pela cliente, faz-se necessária uma análise mais ampla feita pela terapeuta, descrevendo análises molares, isto é, análises que relacionam eventos da sua história de vida e as condições mantenedoras atuais para determinados padrões, conforme valoriza a ACT, e de análises moleculares, levando em consideração aspectos específicos de seu contexto de vida.

## **Método**

### **Participante**

Mulher, 60 anos, casada, do lar, ensino médio, três filhos, classe média.

### **Queixas e Demandas**

A cliente queixou-se de medo de sair sozinha, andar de carro, andar de elevador, ficar em lugares fechados, descrevendo seus sintomas como aqueles típicos de um transtorno do pânico (falta de ar, medo de perder o controle e ficar louca, sudorese e taquicardia). Também se queixou de medo de lavar a cabeça, escovar os dentes, dificuldade para dormir e depressão.

Além disso, foi verificada a necessidade de desenvolver repertórios de independência financeira e emocional com relação ao marido e à mãe, assertividade, busca de lazer, flexibilidade, maior contato social, autonomia e autoconhecimento.

### **Contexto Terapêutico**

Os atendimentos ocorreram em um consultório clínico particular apropriado para o atendimento terapêutico, com poltronas confortáveis, arejada com janela e ar condicionado, iluminação adequada e decoração.

### **Procedimento**

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 27 sessões terapêuticas semanais, com duração de 50 minutos cada. A fundamentação teórica e as intervenções terapêuticas foram pautadas nas premissas da Análise Comportamental Clínica.

Primeiramente, procurou-se estabelecer um ambiente acolhedor e com audiência não punitiva, com o intuito de facilitar o vínculo terapêutico. Este procedimento foi fundamental para estabelecer a confiança da cliente no ambiente e na terapeuta, condições necessárias para que se sentisse segura e confiante para expor suas demandas e confrontar seu medo de ficar em ambientes fechados. Foi entregue à cliente o Termo de autorização de supervisão do caso, modelo padrão utilizado no IBAC, conforme Anexo 1. Estratégias mais específicas serão detalhadas no tópico “Intervenções Realizadas”, na seção de Resultados.

## **Resultados**

Os resultados serão apresentados por meio da formulação comportamental realizada durante os atendimentos e dos avanços terapêuticos. Ressalta-se que a cliente continuava em tratamento durante a elaboração deste trabalho.

### **Formulação Comportamental**

#### **1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais**

A cliente iniciou a terapia com um baixíssimo repertório social e relatando medo em várias situações rotineiras, como andar sozinha. Estava apresentando um quadro depressivo, com isolamento social, choro, falta de cuidados pessoais, e esquiva de contextos sociais aversivos.

Passou a se esquivar e manter-se por longos períodos em casa, para não entrar em contato com estímulos aversivos e seus respondentes. Estes estímulos eliciavam respostas (sintomas) de ansiedade e medo, principalmente quando ia a lugares abertos, como supermercado e caminhadas fora de sua residência. Ao precisar sair, como, por exemplo, ir a uma consulta médica, sua irmã ou filha a acompanhavam. Ao ter que descer de seu apartamento, não entrava no elevador. A pessoa que estivesse a acompanhando descia as escadas com ela. Todas as vezes que precisava sair de casa, a mãe questionava para onde estava indo e a cliente sempre dava satisfação.

Tanto o marido quanto a mãe não incentivam que a cliente buscasse ajuda médica e terapêutica. A cliente demorou alguns meses, até que procurasse ajuda e tratamento.

O marido a ajudava financeiramente com um valor irrisório, o que também dificultava a procura de tratamento, por ter que despender recursos para medicamentos e terapia.

Com relação aos contatos sociais, o marido passou a não acompanhá-la em visitas aos amigos, fazendo com que a cliente se isolasse de seu círculo social.

Mesmo diante destas contingências aversivas, a cliente relatou seu desejo de tornar-se independente emocionalmente e financeiramente, pois não estava mais suportando as restrições e controle que sofria.

## 2. Análises Funcionais Moleculares

A Tabela 1 apresenta algumas das análises funcionais realizadas no decorrer das 27 sessões.

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pela cliente em estudo. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa; Fq à frequência da resposta; ↑ à aumento de frequência; e ↓ à diminuição de frequência.

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>CONSEQUÊNCIA</b>	<b>REFORÇO/FQ</b>
Contato com alguns ambientes fechados. Falta de ar, sudorese, taquicardia	Diz ao marido que vai procurar terapia	- Marido critica, dizendo que ela precisa conseguir melhorar sozinha.	P+ Fq ↓
Contato com elevador	Solicita ajuda ao porteiro, empregada ou irmã	- Pessoas a ajudam a descer de escada - Atenção das pessoas - Evita o risco de ficar presa/estar em um ambiente potencialmente aversivo.	R+ Fq ↑ R+ Fq ↑ R- Fq ↑

Mãe diz que não pode sair	Fica em casa	- Evita discussão com a mãe - Evita sair de casa e se expor à ambientes aversivos	R- Fq ↑ R- Fq ↑
Marido reclama de algo que ela arrumou (ex.: estante do quarto)	Argumenta com ele até discutirem	- Marido a agride verbalmente	P+ Fq ↓
Filhos pedem ajuda para cuidar dos netos	Fica com as crianças sem impor limite de tempo e dia.	- Reconhecimento familiar da sua ajuda - Não decepciona os filhos - Perda de contato com reforçadores positivos	R+ Fq ↑ R- Fq ↑ P- Fq ↓
Supermercado distante à casa (OE). Pouca disponibilidade das pessoas para levá-la	Fica em casa	- Atenção da família - Perda de contato com reforçadores sociais positivos	R+ Fq ↑ P- Fq ↓
Ter tudo o que precisava perto de casa e pessoas para levar aos lugares	Pedir carona	- Livrar-se dos estímulos aversivos relacionados: respondentes (alívio emocional) - Atenção da família	R- Fq ↑ R+ Fq ↑

### 3. Controle Instrucional

Verificou-se uma alta frequência de comportamentos governados por regras presentes na vida da cliente – tanto autorregras (formuladas por ela mesma), quanto regras formuladas por parentes.

A cliente relatava: “Mulher tem que fazer tudo em casa. Isso é função de mulher”, referindo-se a tarefas domésticas e de disciplinar os filhos. “Sempre fui

modelo de filha. Tenho que ensinar meus filhos a serem assim”. “O que faço tem que ser perfeito. Caso contrário não serve”. “Não consigo decidir as coisas sozinha. Sempre preciso de ajuda.” Alguns padrões comportamentais da cliente, como autoexigência, perfeccionismo, insegurança e inassertividade, podiam estar sob o controle de tais autorregras. Principalmente o marido e a mãe da cliente tinham grande influência em seu comportamento, desenvolvendo padrões de baixa autoestima e insegurança. Não deixavam que ela tomasse decisões e puniam suas opiniões. Regras como “eu vou decidir isso por você”, “você tem que me dar satisfação de onde vai todas as vezes que for sair” eram ditas pelos dois constantemente, fazendo com que ela passasse a não opinar, acreditando não ser pertinente o que achava, como também passou a se sentir controlada, sem a capacidade de cuidar de sua própria vida.

A relação com vizinhos em sua adolescência também exerceu influência no padrão de autoexigência, quando o relato deles era “vocês são exemplos de filhos. Obedecem a tudo que seus pais mandam e estão sempre se comportando de maneira impecável”. Esta regra pode ter contribuído para o padrão de autoexigência e perfeccionismo.

#### **4. Relacionamentos Relevantes**

Filhos: sempre contaram com a cliente com relação aos seus filhos. Deixavam as crianças diariamente na casa onde a cliente morava para que ela cuidasse deles à tarde, enquanto estavam trabalhando. A cliente ficava impossibilitada de exercer qualquer outra atividade reforçadora para ela em função de ter que estar em casa com as crianças.

Mãe: a cliente residia na casa dela com o marido. Exercia controle aversivo e controle instrucional sobre ela. “Tenho que dar satisfação a ela de tudo que eu faço”.



“Me faz sentir como se não tivesse como fazer as coisas sozinha”. “Me sinto controlada por ela. Dominada”.

Marido: trabalhava fora de casa e exercia os mesmos controles aversivos e instrucionais que a mãe da cliente.

Pai: mensalmente, viajava até a cidade onde ele morava para cuidar dele em um final de semana. Fazia o revezamento com as outras irmãs. Relatava que “tudo o que passo é por causa dele”. Referia-se ao fato de o pai ser pedófilo e sua mãe ter separado dele quando a cliente ainda era nova, como sendo o seu “grande trauma”. A família soube da pedofilia do pai através de uma denúncia feita. A cliente tinha 10 anos quando soube e logo houve a separação dos pais. Relatou que não houve abuso sexual a nenhum dos filhos e que o pai era bastante carinhoso com ela, apesar de passar longos períodos fora de casa trabalhando.

Amigos: tinha contato com vários casais, mas, no decorrer do casamento, após aproximadamente 10 anos de casados, o marido não quis mais visitá-los. A cliente passou a não encontrá-los e, quando procurou terapia pela primeira vez, não possuía nenhuma relação social com amigos.

## 5. História de Vida

### 5.1. Familiar

A Figura 1 apresenta um genograma da família.

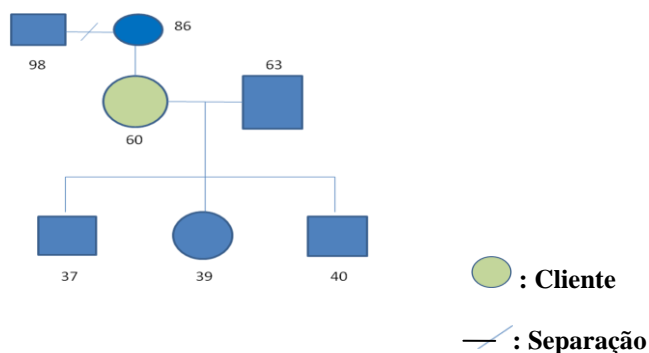


Figura 1. Genograma familiar.

Nasceu e foi criada em São Paulo. Os pais eram nordestinos. É a filha mais nova de seis filhos, sendo quatro mulheres e dois homens. Teve uma criação maternal rígida, com muitas regras e punições. Pai omissivo e mãe autoritária. “Aceitávamos tudo como ela queria”. Quando criança e na adolescência, os filhos eram vistos como exemplos para outras famílias. Pais se separaram quando tinha 10 anos de idade. Pai pedófilo e não relatou abuso sexual. Era animada, tinha muitos amigos, e gostava de festa. Mudou-se para Brasília com a mãe e irmãos com 15 anos. O pai foi morar com uma de suas irmãs e mensalmente cuidava dele em um final de semana.

## **5.2. Sócio-Afetiva**

Teve quatro namorados. Gostou muito de um deles que, após 2 anos de namoro, a traiu, e ela terminou o relacionamento. O marido foi o quarto namorado que teve, engravidou durante o namoro e sofreu com a reação punitiva da família. Casou-se com 4 meses de gravidez, há 40 anos. O marido era companheiro no início do casamento e estava estudando Arquitetura. A cliente parou de estudar para ajudá-lo nos trabalhos da Universidade, cuidar da casa e dos filhos.

Tinham três filhos, sendo dois homens (37 e 40 anos de idade), e uma mulher (39 anos de idade), e quatro netas. Desde o início do casamento, começaram a construir casas para dar aos filhos. Moravam na casa até que ficasse pronta e depois davam ao filho, passando a construir outra para dar para outro filho, e assim por diante.

No casamento, brigavam muito porque as coisas deveriam ser do jeito que a cliente quisesse. Nunca fizeram uma viagem juntos.

Quando estavam com 10 anos de casada, soube de uma traição do marido e não se separou. Relatou que este foi um marco em seu casamento. No mesmo período

passou por uma situação onde sentiu medo dentro de um táxi (o taxista levou outro passageiro desconhecido dela. Ficou com medo de que este passageiro pudesse assalta-la) e até hoje se sente insegura com relação a este transporte.

Como um segundo fato marcante em sua história, contou que, em 1999, houve o casamento da filha. Relata que foi “onde tudo começou”, referindo-se aos seus problemas emocionais. A filha engravidou do namorado e a cliente não gostava dele, pois na época da gravidez questionou a paternidade da criança. A filha da cliente, após o casamento, mudou-se para Fortaleza levando a criança recém-nascida. A mudança era temporária e, em função disto, a cliente pediu para ficar com a neta até que retornassem para Brasília. A neta ficou 2 meses com a cliente e adoeceu. Com isto, a cliente levou a neta para a filha em Fortaleza e passou a se sentir culpada pelo fato de a neta ter adoecido estando em seus cuidados.

Em 2001, foi ao psiquiatra, pois estava com insônia e triste. O diagnóstico do médico foi de depressão, e relacionava os sintomas ao adoecimento da neta e da culpa que sentia por isto.

Em 2008, passou por novos problemas conjugais. O marido começou a se distanciar dela. Não a procurava mais para relações sexuais, para conversar ou para fazer companhia em situações nas quais sempre a levava, como, por exemplo, comprar o material para a construção da casa.

Neste mesmo momento de crise no casamento, relatou que se sentiu mal no metrô. Estava sozinha e indo para sua casa, quando percebeu que estava ansiosa e com falta de ar.

Após 2 anos de crise no casamento, em meados de 2010, procurou terapia, pois não suportava mais o relacionamento com marido. Houve nova suspeita de traição, sendo que, neste episódio, desconfiava de que o marido estivesse mantendo relação sexual com um vizinho. A cliente relatou que suspeitou da escolha sexual do marido,

sugerindo que ele fosse bissexual. O vizinho constantemente convidava o marido para sair, não se dirigia a ela quando se encontravam e a vigiava quando estava em casa. Resolveu sair de casa e teve apoio dos filhos, indo morar com a mãe. Após 6 meses, retornou para a casa do marido, pois ele adoeceu e foi cuidar de sua saúde.

Após alguns meses de retorno à casa do marido, já em 2011, saíram para morar com sua mãe novamente. Dizia ser muito difícil a convivência com ambos, marido e mãe, pois eram autoritários. A mãe era muito controladora e pedia satisfação de tudo que iria fazer. Durante o tempo que permaneceu na casa da mãe, houve um episódio que a deixou com medo, pois presenciou um assalto enquanto caminhava sozinha na quadra que morava.

Em abril de 2012, realizou uma cirurgia. Teve uma complicação pós-cirúrgica, que a levou à incontinência urinária, anemia e dor abdominal. Internou-se em função de infecção hospitalar. A cliente, logo que retornou do hospital, começou a apresentar sintomas do transtorno do pânico: “medo de tudo, de tomar banho, de lavar a cabeça, de lugares fechados, de andar de carro, ônibus e elevador. Quando minha barriga dói, penso que vou passar por tudo de novo... Estou sem ânimo para nada...”.

Quando iniciou terapia em 2012, o marido não a ajudava financeiramente e não apoiava emocionalmente, além de não aceitar a religião dela (evangélica).

### **5.3. Acadêmico-Profissional**

Concluiu o Ensino Médio, mas não fez faculdade para cuidar da família. Relata que gostaria de ter continuado os estudos.

### **5.4. Médico-Psicológico**

Foi ao psiquiatra, pela primeira vez, em 2001, em função do casamento da filha e mudança dela para outra cidade com a neta. Não conseguia dormir bem. Tomou um antidepressivo.

Fez terapia de abril de 2010 a junho de 2011, mas não soube dizer a abordagem do psicólogo. A queixa estava relacionada aos problemas conjugais. Chegou a sair de casa, mas retornou quando o marido adoeceu para cuidar dele. Disse que não gostou da terapia, pois o profissional “não falava nada” e parou de frequentá-la porque não percebeu melhoras em seu estado emocional.

Em 2012, procurou o acompanhamento psicoterápico aqui descrito, em função dos sintomas relacionados com o transtorno do pânico. Já havia marcado consulta com o psiquiatra. Após duas sessões de terapia, comunicou que o psiquiatra a medicou com Frontal (ansiolítico) e Citalopram (antidepressivo) para reduzir os sintomas apresentados e melhorar o sono.

## **6. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta**

Mãe autoritária e pai ausente. Família estruturada com muita disciplina e regras rígidas levaram a um padrão comportamental de inflexibilidade, intolerância ao erro, perfeccionismo e autoexigência.

Eventos como sua separação da filha e o adoecimento da neta, autoritarismo e traições do marido levaram a se sentir inadequada e incapaz, sentindo-se culpada por isso. “A culpa foi minha. Eu errei.”

As situações que vivenciou em função do traslado do táxi e de presenciar um assalto evocaram medo. Estes fatos, juntamente com atenção dada por seus filhos a acompanhando aos lugares que precisava ir, fizeram com que comportamentos de fuga e esquivas se fortalecessem e evitasse situações de exposição a ambientes abertos

e de incontrolabilidade, aumentando a sensação de insegurança quando eventualmente precisava sair de casa sozinha.

A privação de lazer e contato social, imposta pelo distanciamento do marido de seu círculo social, ficando sem ter ninguém para conversar sobre seus problemas, além dos fatos ocorridos em ambientes abertos, vistos como eventos aversivos, aumentou o valor reforçador de atenção e aceitação dos filhos, o que fez com que a cliente passasse a atender a todos os pedidos que lhe faziam, o que era reforçado ao ser aceita por todos. No entanto, isso também acarretava em perda de sua autonomia e capacidade de decisão. O padrão de fuga e esquiva, evitando os ambientes abertos e visitas aos amigos, novamente é fortalecido ao aceitar a condição de ser útil e de ficar em casa fazendo atividades domésticas, mas impedia o contato com outros reforçadores importantes para sua saúde psicológica.

Ao fazer a cirurgia e passar por complicações e dores, os sintomas do transtorno do pânico foram desencadeados. Relatou ter se impressionado com as limitações apresentadas após esses comportamentos, o que a motivou a buscar ajuda. Precisou de ajuda das irmãs para iniciar o tratamento psicológico e medicamentoso, o que levou a um reforçamento positivo em função da atenção dispendida por elas e aumento da motivação para a terapia.

## **7. Relação Terapêutica**

A relação terapêutica se estabeleceu desde o início do processo com vínculo, confiança e uma excelente interação. A cliente era bastante assídua e demonstrou, inicialmente, muita carência afetiva e falta de audiência, no ambiente extra-consultório, para seus relatos. A cliente se sentia acolhida pela terapeuta, pois a relação se estabeleceu por meio de uma audiência não punitiva e acolhedora. A cliente demonstrou se sentir segura para falar sobre qualquer assunto, especialmente

de eventos privados e de dados históricos relevantes, muitos deles aversivos, facilitando a evocação dos CRBs. Os relatos verbais foram de extrema relevância para as análises funcionais e a boa interação terapêutica também favoreceu para que a cliente se engajasse nas atividades propostas.

Por meio da relação terapêutica, foram identificados CRBs 1, como descritos abaixo:

- Solicitava à terapeuta ajuda para seus problemas;
- Não reclamava quando a sessão tem o tempo reduzido, mesmo pagando;
- Demonstrava impaciência ou mudava de assunto quando a terapeuta não reforçava com atenção seu relato, mudando o tom de voz, gesticulando com mais intensidade ou abaixava a cabeça (Observação do comportamento não-verbal);
- Esperava que a terapeuta conduzisse/determinasse o tema a ser abordado na terapia;
- Dificuldade em expressar seus sentimentos; e
- Sempre aceitava e entregava as tarefas para casa sem questioná-las.

## **8. Análises Molares**

O Quadro 1 apresenta algumas das análises molares realizadas no decorrer dos 27 atendimentos.

## **9. Objetivos Terapêuticos**

- Promover aceitação dos eventos privados e a tolerância emocional, baseadas nos princípios da ACT, enfraquecendo os padrões de esquivas experienciais;
- Promover vínculo terapêutico favorável a identificar os comportamentos relevantes e possibilitar a modelagem de novos comportamentos mais adaptativos, de acordo com a FAP;
- Promover o desenvolvimento de habilidades de assertividade, autonomia e tolerância à frustração;
- Ampliar a compreensão a respeito dos comportamentos funcionalmente e relacionados aos sintomas do transtorno do pânico;
- Promover o autoconhecimento; e
- Ampliar relacionamentos e atividades que produzam reforçamento positivo.



<b>Padrão Comportamental</b>	<b>Classe de Comportamentos</b>	<b>Eventos históricos relacionados</b>	<b>Onde/quando ocorre</b>	<b>Contingências atuais que fortalecem e enfraquecem</b>
<b>Insegurança</b>	Fuga e esquiva quando precisava demonstrar desempenho. Fuga e esquiva de locais aos quais deveria ir sozinha. Pede ajuda aos filhos e irmãs para se deslocar	Convívio com marido e mãe controladores por vários anos. Percurso realizado com o táxi e ter presenciado o assalto. Complicação após cirurgia: infecção hospitalar	Em casa; quando vai sair	Ambiente familiar punitivo e controlador (P+), eliciando respondentes de raiva e choro, e limitando exposição a contingências ambientais.
				Pode descer de escada para não pegar elevador. Esquiva de o elevador parar e poder ficar presa (R-).
				Parentes a levam em locais de carro quando precisa sair. Esquiva de andar sozinha pelas ruas (R-) e recebe atenção /companhia (R+)
<b>Inassertividade</b>	Não negava solicitações feitas a ela. Não questionava opiniões da mãe e marido. Não expressa suas opiniões	Ficava afastada do marido e da mãe para não haver discussões e agressões verbais. Regras e autorregras	Em casa, na casa dos filhos; ao sair para a rua, relações sociais.	Mãe e marido continuam a criticá-la quando expõe suas vontades (P+)
				Evita críticas da mãe, marido e demais pessoas, ao não se posicionar (R-)
				Recebe elogios e atenção, ao fazer o que os outros querem (R+)
<b>Autoexigente</b>	Querer sempre desempenho perfeito no que faz. Sofrer quando acha que alguma coisa saiu errado.	Mãe e marido muito críticos ao cuidar da casa e dos filhos Adoecimento da neta	Em casa, na casa dos filhos; execução de tarefas	Mãe e marido a criticam quando não mantém a casa arrumada ou parece não cuidar dos netos (P+)
				Reconhecimento dos filhos (R+)

**Quadro 1.** Análises Molares de padrões comportamentais da vida da cliente em estudo. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva.

## **10. Intervenções Realizadas**

Durante as cinco primeiras sessões, a cliente não permanecia no consultório com as janelas fechadas e, enquanto aguardava na sala de espera, somente se sentia confortável se a porta estivesse aberta. Com o estabelecimento de um vínculo seguro entre a terapeuta e a cliente, esta passou a permanecer na sala de espera e no consultório com porta e janelas fechadas. Com a audiência não punitiva, a cliente pôde relatar sobre o sofrimento que vinha passando e sobre sua motivação para a terapia.

Após relato de suas queixas explícitas, a terapeuta questionou sobre as contingências que envolviam os repertórios queixosos, identificando as variáveis controladoras e mantenedoras dos comportamentos por meio da análise funcional. Por exemplo, na 8ª sessão, foi solicitado à cliente que fizesse um registro semanal sobre as situações nas quais ocorressem os ataques de pânico, conforme modelo apresentado no Anexo 2 (Atividade de Registro), com o intuito de analisar, durante a sessão terapêutica, as variáveis envolvidas, aumentando o repertório de auto-observação e identificando contingências que naturalmente desencadeariam reações de apreensão e ansiedade em qualquer pessoa, como a probabilidade de um assalto na residência de um dos filhos. Na 9ª sessão, o registro foi discutido e as análises moleculares facilitaram a percepção e entendimento da relação entre os antecedentes e consequências de seu comportamento, identificando padrão de fuga e esquiva comuns ao transtorno do pânico. Essas análises foram discutidas uma a uma durante a sessão, quando foram explicitadas relações entre antecedentes e consequências de suas respostas, assim como alternativas de comportamentos mais “adequados”.

Na sessão seguinte (10ª), foi sugerida uma exposição gradativa aos estímulos aversivos, após as análises e entendimento das mesmas, como, por exemplo, sair de casa sozinha para ir à padaria ou supermercado, caminhar perto de casa por

determinado tempo e descer de elevador. A terapeuta mapeou com a cliente os estímulos aversivos presentes, e, posteriormente, classificaram-nos em ordem crescente, conforme sua intensidade aversiva. Após a lista feita, foi feito, juntamente com a cliente, um planejamento para esta exposição gradativa, considerando a intensidade aversiva do estímulo, expondo-se do menor para o de maior intensidade, conforme os comportamentos iam sendo aprendidos, aumentando seu repertório. Importante pontuar que outras contingências favoráveis foram consideradas nesta exposição, como por exemplo, a companhia da irmã durante estas tentativas. Como exemplos, podem ser citados o medo de ir à padaria sozinha (ficava em frente à sua residência) e o medo de descer de elevador. A cliente, até o início dos procedimentos, somente descia de escadas. Com relação a descer de elevador, foi definido o primeiro passo do planejamento (14ª sessão) para enfrentar este estímulo aversivo (elevador) e a cliente considerou como sendo a tentativa de menor valor aversivo se descesse na companhia da irmã, e se descesse apenas dois andares de elevador (a cliente morava no terceiro andar). Neste caso, a cliente passou a descer de escada até o segundo andar e descia os demais de elevador com a irmã. Gradativamente, a cliente se sentiu mais segura e começou a descer os três andares com a irmã de elevador. No terceiro momento, a cliente já conseguia descer sozinha por dois andares, até que desceu todos os andares sozinha. Este processo levou 3 semanas, ou seja, três sessões. O primeiro procedimento a ser realizado (10ª a 13ª sessão) foi sua ida à padaria, seguindo o mesmo modelo descrito acima com relação à exposição ao elevador que foi aqui detalhado por conter mais dados. Ir à padaria foi considerado pela cliente como sendo mais fácil de realizar, pois poderia descer todos os andares de escada e seria acompanhada da irmã. Logo, a irmã não a acompanhou mais, sendo necessária, apenas, a observação de seu porteiro durante o seu trajeto (casa/padaria/casa). Estes procedimentos trouxeram um grande ganho para a terapia,

pois, como a cliente se engajou nas tentativas, e como foram bem sucedidas, proporcionaram a ela uma maior confiança em si mesma, autonomia e autoestima, facilitando o engajamento em outras propostas terapêuticas. A cliente relatou que o apoio e disponibilidade da terapeuta foram importantes para se sentir segura. No caso da exposição ao ônibus, a terapeuta se prontificou a acompanhá-la, mas a cliente relatou estar segura para ir sozinha do consultório até sua casa neste transporte (17ª sessão).

As análises molares foram realizadas no decorrer das sessões. Podem-se observar, com o relato de eventos históricos relacionados e consequências atuais mantenedoras, padrões comportamentais comuns aos indivíduos que desenvolvem o transtorno do pânico, como inassertividade, insegurança e elevada autoexigência. Esquiva e fuga eram usadas como forma constante de evitar as situações aversivas.

Como estratégias de intervenção, foram utilizadas algumas técnicas descritas pela ACT e pela FAP, no que diz respeito à promoção da interação terapêutica, aceitação ao erro, compromisso com a mudança, aumento da tolerância emocional, bloqueio da esquiva experiencial, identificação dos CRBs e promoção do autoconhecimento.

Como exemplos de intervenção, da ACT (bloqueio de esquiva, aceitação, aumento da tolerância emocional) e da FAP (evocar o CRB1), podem-se apontar:

- Foi reapresentado o estímulo aversivo à cliente (não atenção da terapeuta aos seus relatos verbais);
- Foco da terapeuta nos comportamentos de fuga/esquiva apresentados pela cliente; por exemplo, evitando o contato com suas emoções (abaixou a cabeça, parou de falar sobre o assunto, mudando o tema iniciado pela terapeuta; CRB1 e comportamentos de esquiva);

- Foco na emoção da cliente relacionando o que está sentindo no momento e a similaridade funcional com sua vida e a terapia (sentimento de rejeição, raiva, medo de reprovação da terapeuta; bloqueio da esquiva);
- Foi solicitado à cliente que observasse seu comportamento para evitar o contato com seus sentimentos (comportamentos de esquiva); e
- Promoção do autoconhecimento e aprendizagem de comportamentos mais efetivos.

Como exemplo de promoção de interação terapêutica, aumento da tolerância emocional, CRB1, CRB2 e CRB3 evocados, pode-se apontar que, ao iniciar o processo terapêutico, a terapeuta promoveu um ambiente acolhedor, deixando claro à cliente que a relação seria baseada em valores de respeito, honestidade e confiança. Foi dito que a cliente não seria julgada por seus sentimentos e comportamentos, e que a relação seria construída e seus valores confirmados no decorrer do processo. A terapeuta procurou promover um ambiente reforçador através de seu comportamento verbal, não punindo os relatos da cliente, e não verbal, como, por exemplo, colocando-se próxima à cliente nos momentos em que esta demonstrava dificuldade em expressar seus sentimentos. Também ofereceu um ambiente seguro quando a cliente demonstrou se sentir mal em função da sala fechada ao falar de seu passado (ocorreu na 2ª sessão). A terapeuta mostrou que estaria ao seu lado e que nada de mal aconteceria a ela, acalmando a cliente. Seu relato foi de estar se sentindo mais segura no momento com o apoio recebido (CRB2), pois estava envergonhada com sua reação na sessão. A cliente relatou que estava se sentindo confortável durante as sessões posteriores e que as respostas verbais reforçadoras da terapeuta na sessão, quando relatava seus sentimentos, ajudaram neste vínculo e na aceitação destes sentimentos. Também relatou que estava insatisfeita com as remarcações de sessões feitas pela terapeuta (CRB2). Relatou este fato porque sentia que a terapeuta a

apoiaria independente do que fizesse, sem julgamentos, e que não precisava fazer o que não queria para receber retorno, isto é, não precisava aceitar todas as condições impostas pela terapeuta (como as remarcações de sessões) para ser valorizada, como costumava fazer em sua vida com outras pessoas (CBR3). Após este relato, análises funcionais foram feitas para promover generalização.

A realização de um exercício de autoconhecimento, na 18ª sessão, cujos modelos encontram-se nos Anexos 3 e 4, ajudou a cliente a compreender seus padrões de comportamento, as condições mantenedoras e a identificar reforçadores. Esse exercício foi trabalhado nas sessões seguintes, com o objetivo de identificar que comportamentos ela poderia emitir para alcançar tais reforçadores, como poderia modificar seus padrões de comportamento para padrões de maior assertividade, segurança diante de pessoas e lugares, e, conseqüentemente, redução dos comportamentos de fuga e esquiva.

## **11. Mudanças Observadas**

Nas primeiras sessões, a cliente não permanecia no consultório com as janelas fechadas, pois sentia falta de ar e ficava ansiosa. Na recepção da clínica, seu comportamento era o mesmo. Com o decorrer do processo terapêutico, começou a se sentir segura e, a partir da 6ª sessão, já ficava tranquila com a janela fechada. A cliente relatou estar se sentindo acolhida pela terapeuta.

A partir da 9ª sessão, também começou a relatar seus comportamentos privados (antes disso, apresentava reações de ansiedade, tais como andar pelo consultório, esfrega sua cabeça e rosto com as mãos, e apertar as mãos) e comportamento de fuga e esquiva do assunto. Com a audiência não-punitiva, a cliente foi demonstrando, por meio de comportamentos verbais, como dizer que estava se sentindo bem na sala e

também falando sobre eventos passados, não-verbais, como sentar-se mais relaxada no sofá, uma maior confiança e tranquilidade no ambiente terapêutico.

Assim, foi possível abordar eventos atuais e históricos, ressaltando o ambiente terapêutico acolhedor para quebrar a esquiva de eventos aversivos. A utilização de estratégias da ACT, como, por exemplo, os bloqueios de esquivas, contribuíram para a aceitação dos sentimentos e das condições atuais e históricas que levaram a este baixo repertório, sendo de suma importância para reestabelecer sua autoestima e fortalecer sua motivação para a terapia. A partir disso, a cliente se engajou nas propostas terapêuticas, havendo um excelente engajamento nas atividades propostas.

A utilização de análises funcionais e estratégias da FAP permitiram que a cliente identificasse seus comportamentos “adequados”, sendo aqueles comportamentos que, ao fazerem parte de seu repertório, proporcionariam acesso a reforçadores positivos. Estes comportamentos foram reforçados pela terapeuta durante as sessões, o que contribuiu para o aumento de sua autoestima, passando a cliente a entrar em contato com as contingências aversivas, porém, com um maior repertório de enfrentamento, como, por exemplo, comportamento de assertividade.

Assim, seu padrão de inassertividade, considerado como um CRB1, foi sendo substituído por comportamentos de assertividade e manifestação de sua vontade, antes pouco emitidos devido à sua regra de que tinha de ser aceita pelas outras pessoas.

A cliente começou a se expor a contextos nos quais se sentia insegura, como andar de elevador, caminhar sozinha, andar de ônibus e ir ao supermercado, e passou a se sentir mais confiante. Vale ressaltar que, durante todo o processo, a terapeuta sugeriu que a cliente deveria se expor primeiramente acompanhada da irmã, até que se sentisse segura. Também poderia entrar em contato com a terapeuta, caso fosse se expor a estes contextos e estivesse sozinha. Não houve contato com a terapeuta

durante estas exposições e estas aconteceram de forma rápida, isto é, assim que adquiriu confiança para caminhar sozinha, rapidamente houve generalização para os outros contextos, como ir ao supermercado e andar de ônibus. Andar de elevador foi o último contexto a se expor sozinha, por julgar este o local mais aversivo e não ter como recorrer à ajuda. Por volta da 16ª sessão, a cliente já andava sozinha de elevador e o mesmo ficou parado antes do andar que deveria. A cliente não se sentiu mal e conseguiu emitir comportamentos que poderiam ajudá-la, como tocar a campainha do painel e tentar fazê-lo ir para outro andar. Conseguiu abrir a porta e não sentiu mal estar.

Em casa, começou a impor limites às ordens do marido e da mãe, sendo assertiva e impondo sua vontade. Não estava mais discutindo com o marido, relatou que ele falava o que achava, mas não permitia mais suas agressões e acusações verbais.

Os CRBs 2 e 3 foram reforçados por meio da relação terapêutica para que pudessem ser fortalecidos, melhorassem a qualidade de vida da cliente e reduzissem a esQUIVA EXPERENCIAL.

Como CRBs2, podem-se apontar como exemplos que: (1) a cliente solicitou atenção da terapeuta durante a sessão dizendo que estava falando algo importante. (2) demonstrou insatisfação com as mudanças de horários das sessões semanais, demonstrando um comportamento de assertividade; e (3) também disse à terapeuta que não precisaria mais deixar as janelas e porta abertas durante o atendimento, pois estava se sentindo segura com o apoio da terapeuta.

Como CRBs3, aponta-se que ela relatou que (1) passou a se sentir mais segura e apoiada com a atenção do terapeuta; (2) estava se sentindo mais segura e menos submissa à vontade dos outros depois que passou a ser mais assertiva nos seus relacionamentos; e (3) como a terapeuta reforçava positivamente seu relato, passou a se sentir mais segura para falar o que sentia para as pessoas mais próximas.



A partir da 20ª sessão, comparecia às sessões semanais indo a pé ou de ônibus, não necessitando de ajuda de familiares para isto e conseguia descrever seus comportamentos estando sensível às relações contingenciais envolvidas, facilitando as análises funcionais destas.

Com o intuito de retomar com clareza os objetivos terapêuticos traçados no início da terapia e os resultados observados, segue tabela comparativa do que foi alcançado e do que ainda continuava em processo durante a elaboração deste estudo.

<b>Objetivo Terapêutico</b>	<b>Alcançado</b>	<b>Em Processo</b>
Promover aceitação dos eventos privados e a tolerância emocional, baseadas nos princípios da ACT, enfraquecendo o padrão de esquiva experiencial	X	
Promover vínculo terapêutico favorável a identificar os comportamentos relevantes e possibilitar a modelagem de comportamentos mais adaptativos, de acordo com a FAP		X
Promover o desenvolvimento de habilidades de assertividade, autonomia e tolerância à frustração	X	
Ampliar a compreensão a respeito dos comportamentos funcionalmente relacionados aos sintomas do transtorno do pânico	X	
Promover o autoconhecimento		X
Ampliar relacionamentos e atividades que produzam reforçamento positivo		X

Quadro 2. Comparação entre objetivos terapêuticos e resultados alcançados ou em processo.

## Considerações Finais

O presente estudo apresentou o caso clínico de uma cliente na terceira idade, com queixa de transtorno do pânico, ilustrando a importância da relação terapêutica, do bom vínculo estabelecido entre a cliente e a terapeuta, e do uso de técnicas e estratégias que favoreceram condições favoráveis para obter da cliente engajamento na terapia e motivação para ampliar seu repertório comportamental, conseguindo, assim, uma diminuição de seu sofrimento psicológico e melhor qualidade de vida.

Baseado nas premissas do Behaviorismo Radical, o estudo considerou o transtorno do pânico como um conjunto de respondentes eliciados (por estímulos antecedentes historicamente condicionados) que participavam do controle de comportamentos operantes de esquiva e fuga de contextos aversivos.

Como a cliente apresentava uma extensa história de vida, principalmente em função da sua idade, tornou-se ainda mais relevante uma análise clínica ampla, considerando os três níveis de seleção do comportamento: filogenético (biológico), ontogenético (história de reforçamento durante o decorrer de sua vida) e cultural (práticas culturais compartilhadas pela comunidade verbal da qual faz parte).

Segundo Andery (1997), “os padrões comportamentais complexos, estão relacionados tanto à história natural e pessoal das pessoas, como às práticas culturais” (p. 205). Entender a cultura é entender nossa história de vida e as contingências que atuaram sobre ela. Se as práticas culturais determinam o homem, então devemos atuar sobre elas para mudarmos. Assim, podemos planejar e intervir nestas contingências de nossa vida (Marçal, 2005a).

Portanto, no caso ilustrado, uma análise topográfica da queixa de transtorno do pânico, restringiria a análise terapêutica e a compreensão da funcionalidade dos

comportamentos apresentados, isto é, de como foram adquiridos e estão sendo mantidos.

Quando o terapeuta considera estes três níveis de seleção e faz uma análise funcional abrangente, considerando os modelos moleculares e molares, torna sua atuação mais precisa e com mais possibilidades de ajudar na melhora do cliente.

Foram identificados, por meio do relato verbal, fatores históricos que contribuíram para o padrão comportamental de fuga e esquiva. Durante muitos anos de sua vida, a cliente esteve inserida em uma comunidade verbal punitiva e pouco reforçadora. Devido a esse histórico e à pouca exposição a contingências em que precisaria atuar de forma assertiva, sem ajuda, a cliente apresentava baixo repertório de enfrentamento de situações de erro, o que mantinha sua baixa autoconfiança e inassertividade.

As análises funcionais de seus comportamentos, molares e moleculares, aliadas às propostas teóricas e técnicas da FAP e da ACT, fizeram com que o processo terapêutico se tornasse mais direcionado e, ao mesmo tempo, com uma relação terapêutica fortalecida.

Conforme preconiza a FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), o terapeuta interagindo com o cliente no *setting* terapêutico, como uma fonte de reforçamento social não punitiva, cria condições para que os CRBs sejam emitidos durante a sessão. Sua postura acolhedora facilita que estes comportamentos se apresentem e que sejam trabalhados. Esta intimidade, conforme Vandenberghe e Pereira (2005), proporciona um contexto de empatia, no qual o terapeuta permite que os comportamentos do cliente vistos como vulneráveis, isto é, aqueles que tiveram uma longa história de punição, possam ser emitidos pelo cliente sem medo de serem punidos pelo terapeuta. “Parte do processo terapêutico envolve aprender a aceitar o amor que o terapeuta sente e cada vez mais ‘abrir seu coração’ para o terapeuta. Por

meio da intimidade na relação terapêutica, estes comportamentos vulneráveis serão reconstruídos” (p. 131).

A partir do vínculo estabelecido no processo terapêutico, foi possível utilizar de algumas estratégias da ACT, principalmente a aceitação de seus sentimentos e bloqueio de seus comportamentos de esquiva diante do contato com estes e com as situações aversivas.

Como o presente estudo apresenta um caso clínico de uma cliente de terceira idade, além dos vários alcances da psicoterapia, como alívio dos sintomas, aceitação da situação de maior dependência, alívio de sentimentos de insegurança, melhora da autoestima, adaptação para alterações na situação de vida e desenvolvimento da capacidade de falar sobre si mesmo e sobre seus problemas (Cordioli, 2009), é relevante considerar que pouca literatura é encontrada sobre a terapia em idosos, baseada nos pressupostos da Análise do Comportamento, e a importância da relação terapêutica.

Esta escassez de estudos nos leva a considerar algumas hipóteses, como, por exemplo, alguns clientes de terceira idade podem não acreditar que possa haver mudanças em suas vidas em função da sua longa história de experiências, sendo baixa a motivação para a procura de terapia. Outra hipótese seria a de que terapeutas não se vêem motivados a trabalhar com clientes em idade avançada por acreditarem serem possíveis poucas mudanças comportamentais, devido à longa história de condicionamento. Porém, o presente estudo mostrou que mudanças são possíveis e que a relação terapêutica foi condição essencial para que acontecessem.

É importante considerar, como citado na introdução do estudo, que características do terapeuta podem contribuir ou não nesta relação, principalmente quando a diferença de idade entre terapeuta e cliente é grande. No caso clínico apresentado, a diferença de idade é relevante, pois a cliente tinha a mesma idade, assim como o

mesmo nome próprio, da mãe da terapeuta. Estas variáveis foram importantes, pois a terapeuta poderia ter se influenciado por estas características e atuado de maneira parcial no processo terapêutico. Isto é, poderia ter assumido o papel de sua filha diante do seu sofrimento, comprometendo suas análises.

A terapeuta observou que, inicialmente, estas características a deixaram mais sensível ao caso, mas, ao observar a si mesma e a sua relação com a cliente no decorrer das sessões, percebeu que estas variáveis não prejudicariam o processo, mas que serviriam para uma aproximação ainda mais genuína com a cliente, sem se envolver afetivamente, como uma filha, mas sim de forma autêntica, como propõem as teorias citadas.

Percebeu-se também que a cliente não assumiu na relação uma postura de mãe com relação à terapeuta. Sentia-se acolhida, confiante e encorajada para enfrentar as mudanças comportamentais que seriam decorrentes da terapia. Seus comportamentos eram de entrega e disponibilidade para o processo, porém em uma relação de igualdade, troca e respeito aos papéis ali desempenhados de cliente e terapeuta.

O processo foi facilitado pela disponibilidade e auto-observação constante da terapeuta. A dificuldade inicialmente encontrada, que então poderia interferir, foi constantemente monitorada através da observação da terapeuta de seus comportamentos privados com relação à cliente e também da relação terapêutica durante a sessão.

Assim, uma relação de confiança e de intimidade, e porque não dizer de amor, foi estabelecida, onde cada papel estava devidamente definido, mas, ao mesmo tempo, a empatia, acolhimento, respeito, compreensão, aceitação e entrega, tanto da cliente quanto da terapeuta, foram genuínos e fortalecidos a cada sessão, fazendo assim com que as situações aversivas e as mudanças sugeridas para ampliação de seu repertório fossem melhor compreendidas e aceitas.

Considera-se que o presente trabalho alcançou o objetivo de apresentar a relevância de uma análise ampla para identificação de padrões comportamentais, mas principalmente ressaltar a importância da relação terapêutica no processo e no alcance de resultados.

Sugere-se, a partir deste estudo, que outras publicações sejam apresentadas para enriquecimento teórico e prático dos profissionais de Psicologia e demais áreas afins. Espera-se que, a partir delas, aqueles terapeutas que porventura não confiem em mudanças em clientes na terceira idade, sintam-se mais motivados a investir neste encontro que, além de proporcionar grande ajuda àqueles que precisam, e que muitas vezes são renegados socialmente, pode ser extremamente enriquecedor para sua vida pessoal e 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. 177-184). Santo André: ESETec.
- Andery, M. A. (1997). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 199-208). Santo André: ARBytes.
- Alves, N. N. F., & Marinho, G. I. (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. 66-93). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Baker, R. (2007). *Ataques de Pânico e medo: Mitos, verdades e tratamento*. Petrópolis: Vozes.
- Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 13-62) (M. R. B. Osório, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e evolução* (M. T. A. Silva, M. A. Matos & G.Y. Tomanari, Trans.). Porto Alegre: Artmed.



- 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.
- Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. das G. de Souza, trad. coord.). 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.
- Cirino, S. (2001a). O que é história comportamental. Em H. J. Guilhard, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 132-136). Santo André: ESETEC.
- Cordioli, A. V. (2008). Como atuam as psicoterapias. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2008). Psicoterapia na velhice. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 792-805). Porto Alegre: Artmed.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delliti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 37-44). São Paulo: ARBytes.
- Delitti, M. (2005). A relação terapêutica na terapia comportamental. Em H. J. Gilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 102-113). Santo André: ESETec.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e um relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 167-184.
- Dutra, A. (2010). Esquiva experiencial na relação terapêutica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.
- Fugioka, R. O., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Fuga e esquiva em um caso de ansiedade. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 263-272). Porto Alegre: Artmed.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, & S. M. B. Mezzaroba (Orgs.), *Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor* (pp. 63-98). Santo André: ESETec.
- Guilhardi, H. J., & Queiroz, P. B. P. S. (1997). A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Em M. Delliti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional* (pp. 45-97). Santo André: ARBytes.

- Kerbaux, R. R. (2002). Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 10. Contribuição da FAP e pontos a esclarecer* (pp. 281-283). Santo André: ESETec.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbaux, trad. coord.). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. S. de (2005a). 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).
- Marçal, J. V. S. de (2005b). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VII (2), 231-245.
- Marçal, J. V. S. de (2007). Análise comportamental clínica de casos de transtorno 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. de (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.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nardi, A. E., & Valença, A. M. (2005). *Transtorno de Pânico: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993). *CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B., & Bernik, M. A. (2001). Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 145-182). Porto Alegre: Artmed.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sidman, M. (1989/2001). *Coerção e Suas Implicações* (M. A. Andery, & T. M. Sério, trans.). Campinas: Livro Pleno.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/1978). *O Comportamento Verbal* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix; Ed. da Universidade de São Paulo.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix; Ed. da Universidade de São Paulo.
- Todorov, J. C. (2001). Quem tem medo de punição? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 37-40.
- Torres, N. (2003). Clínica, pesquisa e aplicação. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 12. Transtorno do pânico e características comportamentais: Intervindo a partir da análise funcional da relação terapêutica* (pp. 112-119). Santo André: ESETec.
- Vandenberghe, L. (2003). Clínica, pesquisa e aplicação. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 12. A análise*

*funcional e o transtorno de pânico: Um impasse epistemológico* (pp. 106-111).

Santo André: ESETec.

Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da Análise Clínica do Comportamento. *Psicologia. Teoria e Prática*, 7, 127-136.

Zamignami, 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 padrão utilizado no IBAC**

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

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. Atividade de Registro**

Registro de ansiedade:

<b>Dia/hora</b>	<b>O que aconteceu</b>	<b>Com quem estava</b>	<b>O que sentiu</b>



**Anexo 3. Exercícios para ajudar no autoconhecimento.**

**ASSINALE AS CARACTERÍSTICAS QUE VOCÊ ACHA QUE  
MAIS REPRESENTAM VOCÊ:**

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autoritária  | <input type="checkbox"/> carinhosa    |
| <input type="checkbox"/> sincera      | <input type="checkbox"/> conformada   |
| <input type="checkbox"/> insegura     | <input type="checkbox"/> arrogante    |
| <input type="checkbox"/> paciente     | <input type="checkbox"/> flexível     |
| <input type="checkbox"/> calada       | <input type="checkbox"/> acomodada    |
| <input type="checkbox"/> persistente  | <input type="checkbox"/> calma        |
| <input type="checkbox"/> impulsiva    | <input type="checkbox"/> produtiva    |
| <input type="checkbox"/> extrovertida | <input type="checkbox"/> amigável     |
| <input type="checkbox"/> educada      | <input type="checkbox"/> compreensiva |
| <input type="checkbox"/> tranquila    | <input type="checkbox"/> orgulhosa    |
| <input type="checkbox"/> agressiva    | <input type="checkbox"/> indiferente  |
| <input type="checkbox"/> exigente     | <input type="checkbox"/> revoltada    |
| <input type="checkbox"/> prestativa   | <input type="checkbox"/> se queixar   |
| <input type="checkbox"/> controladora | <input type="checkbox"/> ciumenta     |
| <input type="checkbox"/> sedutora     | <input type="checkbox"/> pacificadora |
| <input type="checkbox"/> agitada      | <input type="checkbox"/> irritada     |
| <input type="checkbox"/> explosiva    |                                       |

**DE 0 A 10, ESCREVA O QUANTO CADA CARACTERÍSTICA  
REPRESENTA VOCÊ:**

- Nível de exigência de si
- Nível de exigência com outros
- Autonomia
- Dependência em relação aos outros
- Impulsividade
- Persistência
- Controladora
- Controlada pelos outros
- Perfeccionista
- Seguidora de Regras
- Não seguidora de regras
- Passiva
- Com iniciativa
- Necessidade de reconhecimento
- Tolerância à frustração
- Confiança em si
- Boa autoestima
- Consegue dizer o que quer

• **O que as pessoas acham de você? E o que você faz que as levam a pensar assim?**

• **O que existe de melhor e pior em você?**

• **O que você mais ouve ou ouviu a seu respeito?**

**Que sentimentos são comuns em você? Coloque a intensidade de 0 a 10.**

- |                                      |                                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> raiva       | <input type="checkbox"/> calma              |
| <input type="checkbox"/> medo        | <input type="checkbox"/> angústia           |
| <input type="checkbox"/> alegria     | <input type="checkbox"/> indiferença        |
| <input type="checkbox"/> tristeza    | <input type="checkbox"/> solidão            |
| <input type="checkbox"/> desânimo    | <input type="checkbox"/> desejo sexual      |
| <input type="checkbox"/> euforia     | <input type="checkbox"/> paixão             |
| <input type="checkbox"/> ansiedade   | <input type="checkbox"/> nojo               |
| <input type="checkbox"/> entusiasmo  | <input type="checkbox"/> esperança          |
| <input type="checkbox"/> abandono    | <input type="checkbox"/> cobrança (pressão) |
| <input type="checkbox"/> perseguição | <input type="checkbox"/> outros: _____      |

**Anexo 4. Exercícios para ajudar identificar reforçadores.****Saber o que tem valor para você:**

1. Quais as prioridades na sua vida?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Se você pudesse escolher a sua vida, como ela seria?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Se você pudesse, o que você gostaria de remover de sua vida?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. O que lhe dá mais prazer?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. O que mais você sente falta na vida?