

GRAZIELA SIEBERT

**Transtorno do Pânico: investigação
sobre alterações de relato em Terapia
Analítico-Comportamental**

PUC-Campinas

2006

GRAZIELA SIEBERT

**Transtorno do Pânico: investigação
sobre alterações de relato em Terapia
Analítico-Comportamental**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Centro de Ciências da
Vida da PUC-Campinas, como
parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

PUC-Campinas

2006

Ficha Catalográfica elaborada pelo SBI-Processos Técnicos - PUC-Campinas

t152.46 Siebert, Graziela

S571t Transtorno do pânico: investigação sobre alterações de relato em terapia analítico-comportamental / Graziela Siebert. - Campinas: PUC-Campinas, 2006. 70p.

Orientadora: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

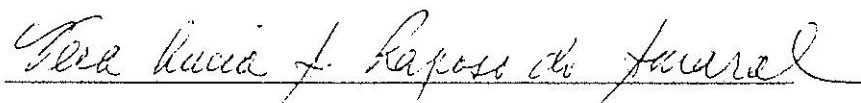
1. Pânico. 2. Terapia do comportamento. 3. Comportamento – Modificação. 4. Medo. 5. Comportamento verbal. 6. Psicologia social. I. Amaral, Vera Lúcia Raposo do. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD – t152.46


GRAZIELA SIEBERT

**Transtorno do Pânico: investigação
sobre alterações de relato em Terapia
Analítico-Comportamental**

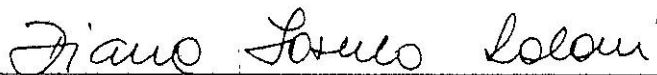
Banca Examinadora



Presidente: Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral



Prof. Dr. Roberto Alves Banaco



Profa. Dra. Diana Toselo Laloni

PUC-Campinas

2006

GRAZIELA SIEBERT

**Transtorno do Pânico: investigação
sobre alterações de relato em Terapia
Analítico-Comportamental**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

Prof. Dr. Roberto Alves Banaco

Profa. Dra. Diana Toselo Laloni

PUC-Campinas

2006

*Ao meu marido Luis Rogério,
meu maior incentivador: pelo
seu amor, por fazer parte de
minha vida e por dividir comigo
seus sonhos.*

*Aos meus pais, Luiz Roberto e
Noeli, pelos seus esforços para
transformar meus projetos em
realidade.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Vera Lucia Adami Raposo do Amaral, por sua orientação ética e pelo seu incentivo e disponibilidade para a realização deste projeto.

Ao terapeuta e à cliente que gentilmente participaram desta pesquisa, permitindo meu acesso a conteúdos e atuações tão particulares.

Ao psiquiatra participante da pesquisa, pelo auxílio no encaminhamento da cliente.

Aos queridos amigos do Instituto de Terapia e Estudo do Comportamento Humano (ITECH-Campinas), pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal, e pela amizade sincera que sabe consequenciar honestamente meus comportamentos.

À querida amiga Luciane, por estar sempre presente, mesmo quando distante.

Aos amigos Wilton de Oliveira e Giuliana Cesar, por terem participado tão ativamente da minha formação pessoal e profissional, oferecendo importantes oportunidades de aprendizado.

Ao querido amigo Rogério Gomes Neto, pelo seu incentivo neste projeto.

À Celina Rigueti e Mariana Zoppi, pela amizade e apoio para a coleta dos dados.

Ao Dr. Afrânio de Carvalho Mendes, pelas contribuições sobre o Transtorno do Pânico.

À Cacilda Amorin, pela preciosa colaboração.

À querida Liliana, por sua preciosa amizade e por ter sido uma comunidade verbal atenta e carinhosa, auxiliando no desenvolvimento deste trabalho.

Às Profas. Dra. Karina Brasio Magalhães e Dra. Diana Tosello Laloni, da PUC-Campinas, por suas sugestões para a definição da metodologia do trabalho.

Ao Prof. Dr. Roberto Banaco, pelo seu olhar atento e por suas contribuições preciosas.

Aos professores e amigos da Universidade Federal de São Carlos, Dra. Maria de Jesus dos Reis, Dra. Deisy das Graças de Souza e Dr. Julio César de Rose, Dra. Olga Mitsue Kubo (agora na UFSC), por terem me apresentado a filosofia do Behaviorismo Radical e por terem participado tão ativamente da minha formação profissional.

Às colegas de sala que compartilharam comigo agradáveis dias de aula.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que possibilitou meu ingresso neste projeto.

Finalmente, aos meus clientes, por me permitirem fazer parte da sua vida e confiar no meu trabalho, dividindo comigo seus sofrimentos e suas superações.

RESUMO

O Transtorno do Pânico é um dos mais freqüentes e incapacitantes problemas dentre os transtornos ansiosos, representando um dos motivos de maior procura dos serviços de saúde no Brasil e no mundo. A Terapia Analítico-Comportamental constitui uma proposta com resultados bastante satisfatórios para seu tratamento, e seu enfoque é o esclarecimento da relação entre os sintomas sentidos e descritos pelo cliente e as contingências em operação, das quais seus comportamentos são função. A completa remoção dos sintomas (eventos privados descritos pelo cliente) poderá ocorrer em conjunto com a alteração das contingências. O objetivo do presente trabalho foi verificar a ocorrência da mudança do relato verbal de uma cliente (25 anos) diagnosticada com Transtorno do Pânico por um psiquiatra. A mudança ocorrida foi de verbalizações sobre auto-observação e descrição de sintomas para o relato de observação e descrição da relação comportamento / sintoma / ambiente, compondo uma estratégia inicial para o tratamento psicoterapêutico deste transtorno. Foram gravadas e transcritas as onze primeiras sessões de psicoterapia, e as verbalizações categorizadas por três juizes independentes - categorias para verbalizações da cliente: Sintoma, Ambiente, Comportamento, Sintoma / Ambiente, Outras; e categorias funcionais para verbalizações do terapeuta: Informação, Investigação, Feedback, Conselhos / Regras, Interpretações, Outras. Os resultados demonstraram uma diminuição acentuada na freqüência de verbalizações da cliente referentes à categoria sintoma e um aumento na freqüência da categoria relação sintoma / ambiente, como produto da intervenção terapêutica desenvolvida. Estes resultados contribuem com a prática clínica baseada na filosofia do Behaviorismo Radical, por demonstrar, em uma situação clínica “natural”, que o comportamento da cliente de relatar é selecionado (no caso, pelo terapeuta), como qualquer outro comportamento, seguindo uma concepção de comportamento como produto de relações ambientais.

Palavras-chave: Transtorno do Pânico, Terapia Analítico-Comportamental, Comportamento Verbal.

ABSTRACT

Panic Disorder is one of the most frequent and incapability problems among anxiety disturbing, representing one of major reasons people look for health support in Brazil and in world. The Behavior Analyses Therapy constitutes a treatment propose with very satisfactory results, focusing on the relation between clients felt and described symptoms and the operation contingencies, of which his/her behavior means the functions. The fully removal of symptoms (private events described by client) may occur since contingencies changing. The goal of this present work is to verify the changing occurrence from a verbal report of a client (25 years old) diagnosed with Panic Disorder by a psychiatrist. The changes occurred were verbalizations on auto-analyses and symptom descriptions for observation report and description of the relation among behavior/symptoms/environment, creating an initial strategy for psychotherapy treatment of such disorder. First eleven psychotherapy sessions were recorded and transcribed, and verbalizations were divided into categories by three independent judges - categories of client verbalization: Symptom, Environment, Behavior, Symptom/ Environment, Others; and functional categories of therapist verbalizations: Information, Investigation, Feedback, Advice/Rule, Interpretations, Others. Results have demonstrated as an answer for therapy intervention an important decrease on client verbalization frequency concerning category of symptom and an increase on category concerning symptom/environment. Those results contribute with clinical practice based on Radical Behaviorism philosophy, by demonstrating, in a “natural” clinical situation, that client behavior statement is selected (by therapist), as any other behavior, following the behavior concept as a result of environmental concern.

Key Words: Panic Disorder, Behavior Analytic-Therapy, Verbal Behavior.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Transtorno do Pânico: principais características, diagnóstico e tratamento..	03
1.2. Terapia Analítico-Comportamental: uma alternativa de tratamento	13
OBJETIVOS	26
2. MÉTODO	27
2.1. Participantes	27
2.2. Materiais	29
2.3. Ambiente	30
2.4. Procedimento	31
2.4.1. Seleção dos participantes	31
2.4.2. Coleta dos dados	34
2.4.3. Análise dos dados	36
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
3.1. Medida de Fidedignidade	41
3.2. Categorização das Verbalizações	43
3.3. Medida dos Sintomas de Pânico	59
4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
5. REFERÊNCIAS	72
6. ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a primeira sessão de atendimento (concordância de 94,7 para Terapeuta e 85,2 para Cliente). **45**
- Figura 2.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a segunda sessão de atendimento (concordância de 95,2 para Terapeuta e 92,0 para Cliente). **46**
- Figura 3.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a terceira sessão de atendimento (concordância de 93,3 para Terapeuta e 83,3 para Cliente). **47**
- Figura 4.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a quarta sessão de atendimento (concordância de 89,7 para Terapeuta e 88,0 para Cliente). **48**
- Figura 5.** Frequência relativa (%) das verbalizações de paciente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a quinta sessão de atendimento (concordância de 86,1 para Terapeuta e 89,2 para Paciente). **49**
- Figura 6.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a sexta sessão de atendimento (concordância de 90,9 para Terapeuta e 87,9 para Cliente). **49**
- Figura 7.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a sétima sessão de atendimento (concordância de 89,7 para Terapeuta e 89,4 para Cliente). **50**
- Figura 8.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a oitava sessão de atendimento (concordância de 95,5 para Terapeuta e 97,5 para Cliente). **50**
- Figura 9.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a nona sessão de atendimento (concordância de 96,9 para Terapeuta e 92,9 para Cliente). **51**
- Figura 10.** Frequência relativa (%) das verbalizações de paciente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a décima sessão de atendimento (concordância de 98,3 para Terapeuta e 95,4 para Paciente). **52**
- Figura 11.** Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a décima primeira sessão de atendimento (concordância de 94,9 para Terapeuta e 94,2 para Cliente). **53**

Figura 12. Frequência total relativa das verbalizações do terapeuta para cada uma das sete categorias.	55
Figura 13. Frequência total relativa das verbalizações da cliente, para cada uma das cinco categorias.	56
Figura 14. Frequência semanal de ataques de pânico, relatados pela cliente em resposta ao questionário, antes de cada uma das onze sessões de atendimento.	60
Figura 15. Frequência relativa de cada um dos 16 possíveis sintomas de pânico, segundo relato da própria cliente, em resposta ao questionário entregue antes do início de cada uma das onze sessões de psicoterapia.	62
Figura 16. Frequência relativa (%) de cada sintoma de pânico, ao longo das onze sessões de atendimento, segundo relato da cliente.	63
Figura 17. Trecho selecionado referente à primeira sessão de atendimento.	65
Figura 18. Trecho selecionado referente à terceira sessão de atendimento.	66
Figura 19. Trecho selecionado referente à quarta sessão de atendimento.	67
Figura 20. Trecho selecionado referente à sétima sessão de atendimento.	68
Figura 21. Trecho selecionado referente à décima primeira sessão de atendimento.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número total de discordâncias entre os juizes independentes em cada uma das onze sessões de atendimento (para Terapeuta e Cliente), em termos absoluto e porcentagem.	41
Tabela 2. Índice de fidedignidade entre juizes independentes, para as onze sessões de atendimento, para as verbalizações de terapeuta e cliente.	42
Tabela 3. Frequência de discordâncias (de um juiz) para cada categoria de verbalização, para terapeuta e cliente.	42
Tabela 4. Frequência absoluta das verbalizações de terapeuta e cliente, segundo categorização dos juizes, para cada uma das onze sessões de atendimento.	43
Tabela 5. Frequência relativa (%) das verbalizações de terapeuta e cliente, segundo categorização dos juizes, para cada uma das onze sessões de atendimento.	44
Tabela 6. Intervalo de tempo decorrido entre as sessões de atendimento.	60
Tabela 7. Descrição dos sintomas de pânico, no decorrer da semana, segundo relato da própria cliente, em resposta ao questionário entregue antes do início de cada uma das onze sessões de psicoterapia (S = sim e N = não).	61
Tabela 8. Frequência de cada sintoma de pânico, ao longo das onze sessões de atendimento, segundo relato da cliente.	62
Tabela 9. Frequências totais absolutas de sintomas de pânico no decorrer da semana, independente da especificidade deste sintoma, obtidas a partir do questionário respondido pela cliente.	63

INTRODUÇÃO

O termo ansiedade é etimologicamente originário do grego, sugerindo uma idéia de constrição. Dentro da comunidade técnica e científica, este termo tem sido descrito de várias maneiras ao longo dos anos. Atualmente, a maioria das definições converge ao conceituar a ansiedade como um estado emocional caracterizado por sentimentos de medo ou de emoção a ele relacionada, sendo desagradáveis, desproporcionais e dirigidos para o futuro, com um desconforto somático subjetivo e alterações somáticas manifestas (Gentil, 1997). Tal estado emocional é considerado diretamente inacessível, podendo apenas ser deduzido ou acessado por meio do relato daquele que sente a ansiedade ou da identificação dos possíveis estímulos desencadeadores.

Na definição de Skinner (1953/1994), quando em estímulo precede caracteristicamente um estímulo aversivo com um intervalo de tempo suficientemente grande para permitir a observação de mudanças comportamentais, tem-se a condição resultante denominada ansiedade. Quase todos os estímulos aversivos fortes são precedidos por estímulos característicos que podem vir a gerar ansiedade. Embora a vantagem biológica da evitação seja óbvia, o padrão emocional da ansiedade não tem propósito útil por interferir com o comportamento normal do indivíduo e até mesmo prejudicar o comportamento que seria eficiente na lida com as circunstâncias.

De um modo geral, um estado ansioso pode ser considerado arbitrariamente normal ou patológico, dependendo de quem o avalia. A conclusão baseia-se no contexto e nos possíveis desencadeantes, nas características individuais do sujeito e na avaliação da desproporcionalidade quanto à intensidade, duração, frequência e interferência no seu desempenho. Tal avaliação é imprescindível porque somente a ansiedade patológica deve ser considerada objeto de intervenção, já que a ansiedade “normal” é evolutivamente importante para os organismos, no que diz respeito à sua sobrevivência (principalmente em situações de ameaças eminentes). A ansiedade patológica existe em diversas condições, podendo estar presente em situações estressantes variadas, como doenças médicas, no uso de medicamentos ou drogas ilícitas, na abstinência de depressores do Sistema Nervoso Central e, finalmente, nos quadros diagnosticados como Transtornos Ansiosos.

Os Transtornos Ansiosos não constavam nas classificações psiquiátricas até o final do século XIX, porque os sistemas de classificações eram voltados para os pacientes internados em hospitais psiquiátricos (Andrade, Lotufo-Neto, Gentil, Maciel, Shavitt & Bernik, 1997). As classificações atuais DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e CID-10 (Código Internacional de Doenças) incorporam estes transtornos, apesar de diferirem quanto à conceituação e à nomenclatura utilizadas.

Andrade e colaboradores (1997) propuseram que o processo diagnóstico dos Transtornos Ansiosos compreende quatro etapas principais:

1. *identificação da ansiedade patológica*: caracterização do quadro como Transtorno Ansioso, baseando-se nos aspectos cognitivos, fisiológicos e comportamentais;
2. *diagnóstico diferencial*: identificação de distúrbios orgânicos ou psiquiátricos primários ou associados, podendo haver comorbidades com outras patologias clínicas (ex: úlceras, doenças neurológicas, asma brônquica, lupus etc) ou outros transtornos (ex: depressão);
3. *diagnóstico diferencial psiquiátrico*: estabelecimento de hierarquias quando houver a presença de outros transtornos e discriminação do transtorno ansioso dos sintomas de ansiedade que ocorrem, por exemplo, nos casos de psicose e de depressão;
4. *diagnóstico específico e classificação*: determinação do quadro como sendo tônico (ex: ansiedade generalizada) ou fásico (ex: transtorno do pânico) e se ansiedade é antecipatória ou restrita a alguma situação específica.

As manifestações clínicas dos Transtornos Ansiosos incluem sintomas que podem ser divididos em somáticos e psíquicos. Os sintomas somáticos podem ser autonômicos (taquicardia, vasoconstricção, suor, aumento de peristaltismo, taquipnéia, piloereção), musculares (dores, contraturas, tremores), cenestésicos (parestésias, calafrios, adormecimentos), respiratórios (sensação de afogamento ou sufocação) etc. Os sintomas psíquicos são: tensão, nervosismo, apreensão, mal-estar indefinido, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, despersonalização etc.

Os Transtornos Ansiosos, de acordo com a classificação atual do DSM-IV (1994/2000), podem ser subdivididos em: Transtorno do Pânico (com ou sem agorafobia), Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse pós-traumático, Transtorno de Estresse agudo, Transtorno Ansioso Generalizado, Ansiedade devido ao uso de substâncias, Transtorno Ansioso não especificado. O presente trabalho irá concentrar-se no Transtorno do Pânico, por este significar, dentre todos os transtornos ansiosos, um dos mais frequentes e incapacitantes

problemas (Rangé & Bernik, 2001), representando um dos motivos de maior procura dos serviços de saúde no Brasil e no mundo (Yano, Meyer & Tung, 2003).

Para Forsyth (1999), todos os transtornos de ansiedade podem ser colocados ao longo de pelo menos três dimensões funcionais: 1. origem dos estímulos temidos ou que despertam a ansiedade (por exemplo, interna corporal *versus* externa e ambiental); 2. especificidade do estímulo (geral *versus* específico); 3. a natureza das respostas psicofisiológicas avaliadas negativamente (abrupta e imediata *versus* crônica e contínua). De acordo com esta perspectiva o Transtorno do Pânico, por exemplo, pode ser entendido como envolvendo respostas psicofisiológicas abruptas a uma classe geral de sensações generalizadas a eventos ambientais. Assim, os transtornos de ansiedade são compreendidos como envolvendo relações entre eventos; eventos que podem ser vistos como tendo funções tanto verbal quanto não verbal de estímulos e respostas que podem ser estabelecidas e podem ser modificadas de modos sutis e complexos como uma função de fatores contextuais.

TRANSTORNO DO PÂNICO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

É possível encontrar descrições anteriores ao século XIX de pessoas que apresentavam “estados de angústia”, já que os sintomas de ansiedade são conhecidos pela medicina desde muito tempo. O Transtorno do Pânico (TP) é um quadro conhecido há mais de um século e já foi denominado de transtorno do “coração irritável” quando descrito em soldados norte-americanos durante a guerra civil (década de 1860), considerando a importância do sintoma de aceleração do ritmo cardíaco no quadro (Kapczinski, Ribeiro, Busnello & Sant’Anna, 2003). Embora seu quadro seja conhecido há tempos, sua caracterização como entidade nosológica autônoma ocorreu somente a partir do DSM-III (1980). Até esta versão não era reconhecido como tal, representando uma subcategoria do grupo das neuroses de ansiedade. A partir de então, o fenômeno do pânico adquiriu um papel central entre os Transtornos Ansiosos, e atualmente tem sido objeto de muitas pesquisas específicas (Torres & Crepaldi, 2002).

Segundo a atual classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM – IV, 1994/2000), o aspecto essencial do TP são ataques recorrentes e imprevisíveis de ansiedade grave, não restritos a nenhuma situação específica, com sintomas que incluem: surgimento súbito de palpitações, dor torácica,

tonturas, taquicardia, formigamentos, dificuldade para respiração, sudorese, náuseas, entre outros. Ainda segundo o DSM-IV, existem três tipos de características de ataques de pânico, dependendo do início do ataque e da presença ou não de ativadores situacionais:

1. *Ataques de pânico inesperados*: seu início não está associado a nenhum ativador situacional, ocorrendo espontaneamente (diagnóstico característico de TP);
2. *Ataques de pânico ligados a situações*: ocorre logo após a exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (diagnóstico característico de Fobia Social e Fobia Específica);
3. *Ataques de pânico predispostos pela situação*: ocorre somente na exposição ao evocador ou ativador situacional (diagnóstico característico TP).

O ataque de pânico não é suficiente para caracterizar o TP. Para tal são necessários ataques recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de outros ataques, acerca das implicações dos ataques ou acerca da possibilidade de alterações comportamentais. Segundo Versiani, Nardi, Figueira, Andrade, Mendlowicz, Marques, & Coscarelli (1995), o medo relatado pelos pacientes não é da situação em si, mas de nela ter um ataque (o que diferencia o TP da fobia). Assim, não interessa o conteúdo da situação fóbica, já que a primazia cabe aos ataques de pânico e não aos medos. As preocupações frequentes sobre a possibilidade de novos ataques podem levar à esquivas agorafóbicas, que é definida pelo DSM-IV (1994/2000) como uma ansiedade por estar em lugares ou situações onde a fuga é difícil ou embaraçosa ou a ajuda possa não estar disponível na eventualidade de ocorrência de um ataque de pânico. A esquivas, por sua vez, acarreta prejuízos nas áreas profissional, social, na locomoção e nas atividades domésticas dos pacientes. Caetano (1987) sugeriu que os impactos produzidos pelo TP atingem as esferas econômica, social e familiar:

1. Econômica: gastos excessivos com médicos e exames (quase sempre dispensáveis), faltas e afastamento do trabalho, perdas de promoções e demissões;
2. Social: perda do contato social, produzida pelas sucessivas negativas aos convites recebidos;
3. Familiar: dependência de um acompanhante, alguns desentendimentos em decorrência da falta de informações sobre a doença, evitação de eventos familiares.

Segundo Zorzetto (2003), alguns estudos estimam que 1,6% dos brasileiros tenha apresentado TP pelo menos uma vez durante a vida, e que as mulheres são 2,3 vezes mais propensas que os homens para desenvolver ansiedade e pânico. O início dos sintomas

ocorre, geralmente, da adolescência até os 35 anos (Caetano, 1987; DSM-IV, 1994/2000; Valença, Nascimento, Nardi, Marques, Figueira, & Versiani, 1998; Rangé & Bernik, 2001; Yano, Meyer & Tung, 2003), e variáveis como ocupação, nível sócio-econômico, raça, educação e urbanização parecem não exercer influências significativas (Bernik, Lottufo-Neto & Andrade, 1997).

Para a compreensão do TP, existem várias hipóteses, que são de caráter biológico e sobre a influência ambiental, e ambas parecem atuar conjuntamente para a determinação deste transtorno.

Bases Biológicas do Transtorno do Pânico

As principais hipóteses sobre a ocorrência dos ataques de pânico são de base neuroquímica, baseando-se no funcionamento dos neurotransmissores no Sistema Nervoso Central. Existem vários modelos que abordam diferentes aspectos da doença, possivelmente não excludentes entre si (Gorenstein & cols., 1997; Valença & cols., 2000; Rangé & Bernik, 2001):

1. Modelo metabólico e do alarme de sufocação:

Klein (1993, *apud* Gorenstein, & cols., 1997), propôs a existência de um sistema de alarme endógeno para situações de sufocação, que teria a vantagem evolutiva de propiciar uma rápida detecção da asfixia e a necessidade de fugir para um local com ar fresco. Esta reação seria equivalente a um ataque de pânico e poderia ser evocada pela ativação errônea deste sistema. Desta forma, um ataque de pânico poderia ocorrer como consequência a um falso alarme de sufocação, que deixaria o paciente mais vulnerável, sendo a hiperventilação crônica um mecanismo adaptativo para compensar, mantendo os níveis de gás carbônico menores que o normal.

2. Modelos neuroquímicos:

Os sistemas de neurotransmissores envolvidos na fisiopatologia dos ataques de pânico são: noradrenérgico, serotoninérgico e gabaérgico, de modo que sua ausência ou seu excesso alteram o bem-estar emocional:

2.1. Modelo noradrenérgico:

A partir de observações de que: a) drogas que reduzem a estocagem ou a liberação de noradrenalina pelo *Locus Coeruleus* (LC) (ex: benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos) apresentam ação sedativa, ansiolítica ou antipânico; e b) substâncias que provocam o aumento da atividade noradrenérgica no LC induzem ao ataque de pânico, formulou-se a hipótese de que os ataques de pânico seriam desencadeados pelo aumento do disparo do LC.

2.2. Modelo serotoninérgico:

A serotonina é um dos principais neurotransmissores, sendo ligada às respostas de defesa. As substâncias antidepressivas que aumentam sua biodisponibilidade no SNC (como fluoxetina, clomipramina) atuam favoravelmente no TP, ao passo que drogas sem ação neste neurotransmissor são ineficazes. Assim, a boa resposta terapêutica observada com drogas seletivamente serotoninérgicas reforça o envolvimento de sistemas serotoninérgicos no TP.

2.3. Modelo gabaérgico:

Existe a possibilidade de que o complexo macromolecular receptor benzodiazepínico-GABA desempenhe importante papel nos mecanismos de ansiedade. Assim, foram desenvolvidas três teorias principais envolvendo a participação do receptor de BDZ em transtornos ansiosos: 1. a esse receptor se ligaria uma substância endógena ansiogênica, que estaria aumentada na ansiedade patológica; 2. a deficiência de um ansiolítico endógeno: 1. tônica levaria ao transtorno de ansiedade generalizada, e 2. episódica levaria ao TP; 3. haveria uma anormalidade no funcionamento do receptor de BDZ em algumas formas de ansiedade.

Tratamento Farmacológico

O fator primordial no início do tratamento é o efetivo bloqueio dos ataques ou redução na sua frequência e intensidade, através do uso de medicamentos (e desta forma, sem o sofrimento com os ataques, permitir outras abordagens terapêuticas, como a psicoterapia), e vários medicamentos têm se mostrado eficazes para este fim. Segundo

Versiani e colaboradores (1995), a escolha da medicação adequada é baseada na relação custo-benefício presente em cada caso específico.

O controle agudo das crises de pânico é freqüentemente possível através da utilização de medicação da classe dos benzodiazepínicos (BDZ) que, apesar de mostrar-se eficaz, traz prejuízos ao desempenho cognitivo e psicomotor, e efeitos colaterais como sedação, fadiga e possibilidade de dependência.

Atualmente, o uso de antidepressivos para o tratamento do TP pode ser considerado como principal estratégia medicamentosa, sem os efeitos colaterais apresentados pelos benzodiazepínicos. Entretanto, os efeitos colaterais apresentados pela classe de antidepressivos denominada tricíclicos são, principalmente, sudorese, boca seca, ganho de peso e disfunções sexuais. Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) são também eficazes, sendo que os inibidores clássicos apresentam efeitos colaterais perigosos (ganho de peso, transtornos cognitivos, possibilidade de crise hipertensiva); os IMAOs de segunda geração não têm os inconvenientes de seus antecessores e podem ser muito úteis para o tratamento (Versiani & cols., 1995). Recentemente foram lançados no mercado os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS), com eficácia comprovada e melhor tolerância quanto aos efeitos colaterais. Isto sugere que os antidepressivos sejam a melhor escolha medicamentosa para o tratamento do TP, sendo os ISRS os destaques em termos de baixos efeitos colaterais, apesar de seu efeito poder ser observado, freqüentemente, após alguns dias (Ramos, Cordás, Gentil, & Gorenstein, 1997).

Andrade, Gorenstein, Ito e Bernik (1997) ressaltaram as vantagens a serem consideradas para o tratamento farmacológico do TP. Entre elas estão a rápida resposta ao tratamento (que se inicia cerca de 10 a 15 dias após o início da medicação) e por ser uma modalidade terapêutica mais viável economicamente quando comparada à psicoterapia, principalmente em termos de saúde pública. Entretanto, os mesmos autores apontam algumas importantes desvantagens: manutenção do tratamento (já que cerca de 30% dos pacientes podem exibir piora no início da farmacoterapia), efeitos colaterais de algumas medicações e necessidade de ajustes na dose até a obtenção da resposta máxima da medicação, já que a resposta terapêutica é individual. Assim, estes autores defendem os benefícios da associação da farmacoterapia e psicoterapia para um tratamento mais eficaz e completo para o TP.

Alguns estudos sobre o Transtorno do Pânico

Desde sua caracterização como entidade nosológica autônoma (a partir do DSM-III, 1980), o transtorno do pânico tem sido objeto de interesse de pesquisadores e de profissionais da área da saúde. Por exemplo, a tênue fronteira entre o TP e a fobia social foi estudada por Figueira e colaboradores (1994) e por Marques e colaboradores (1995). O primeiro grupo de pesquisadores comparou 131 pacientes fóbicos sociais com 50 pacientes com TP, e os resultados demonstraram que a prevalência desta fobia é mais freqüente em homens e a qualidade de vida dos pacientes é mais comprometida (maiores escores nas escalas Hamilton para ansiedade e depressão e Sheehan, com disfunções nas esferas do trabalho e lazer), quando comparados aos pacientes com TP (com prevalência mais freqüente em mulheres). Já o segundo grupo de pesquisadores interessou-se pela comorbidade entre fobia social e TP, estudando 135 pacientes, dos quais 25 (18,5%) apresentavam esta comorbidade, sugerindo implicações para o tratamento farmacológico, devido à sobreposição de sintomas. Esta foi a segunda comorbidade mais significativa para a fobia social, vinda após a depressão maior. Na literatura referida por este estudo, a freqüência de ataques de pânico em pacientes com fobia social varia de 3 a 85% (longo intervalo de valores devido a diferenças metodológicas para o critério de inclusão, apontado pelos próprios autores).

Mais significativa do que a comorbidade entre TP e fobia social, é a encontrada entre TP e depressão (presente em 50 a 65% dos casos de TP). Em uma revisão das publicações nesta área, Del Ben e Kerr-Corrêa (1999) realizaram um levantamento dos artigos indexados no período de janeiro de 1994 a setembro de 1997, examinando os resumos que se propusessem a caracterizar tal comorbidade. Os resultados encontrados sugeriram que a prevalência da associação entre depressão maior e TP foi maior do que aquela esperada ao acaso. Isso implica em um agravamento do quadro clínico, maior prejuízo do funcionamento social e profissional e pior resposta do paciente aos tratamentos realizados.

Uma outra consequência importante pode ser o risco de suicídio aumentado. Valença e colaboradores (1998) realizaram um levantamento sobre o tema, que sugere que as tentativas de suicídio acometem cerca de 20% dos pacientes com TP, e aqueles com histórico de abuso de álcool e drogas possuem uma probabilidade estatística ainda maior. A preocupação dos profissionais da saúde é justificada, já que estes níveis de risco são comparáveis àqueles encontrados para pacientes com depressão maior.

Em um estudo que objetivou compreender alguns desencadeadores dos ataques de pânico, Valença e colaboradores (2000) afirmam que os efeitos ansiogênicos do dióxido de carbono são maiores em pacientes com TP do que em controles normais, e a verificação do efeito ansiolítico do tratamento com drogas pode esclarecer a importância da ansiedade induzida pelo CO₂ para a fisiopatologia de estados naturais de ansiedade. Através de revisão bibliográfica (1980-1999), destacaram os estudos que utilizaram psicofármacos com finalidade de bloquear ou atenuar ataques de pânico induzidos por esta substância. Seus achados podem ser instrumentos úteis para a seleção de drogas psicotrópicas com propriedades anti-pânico.

Outra comorbidade bastante comum existe entre o TP e o uso de substâncias psicoativas. Um grupo de pesquisadores interessou-se em determinar a prevalência de transtorno do pânico em pacientes hospitalizados devido ao transtorno do uso de substâncias psicoativas, determinando também o relacionamento temporal entre o início desse transtorno de ansiedade e o começo do uso dessas substâncias (Terra, Figueira & Athayde, 2003). Como resultado, encontrou-se que apenas um paciente (2%) apresentou transtorno de pânico antecedendo o uso de substância psicoativa; a maioria dos pacientes com ataques de pânico preenchem critérios para o diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido pelo uso de substâncias: 11 pacientes (22.9%) tiveram ataques de pânico apenas durante a intoxicação ou na síndrome de abstinência, ou seja, secundariamente ao uso de drogas, o que pode sugerir, segundo os autores deste estudo, que o TP também pode derivar de uma complicação do uso de substâncias psicoativas.

Um outro grupo de pesquisadores investigou o impacto das fases de intoxicação e de abstinência do uso de álcool sobre o curso do transtorno de pânico (Terra, Figueira & Barros, 2004). Para isso foram acompanhados 41 pacientes hospitalizados por dependência de álcool, no curso do TP em função das diferentes fases do uso da droga (intoxicação, abstinência e intervalo lúcido). Os resultados obtidos mostraram que apenas um paciente (2,4%) apresentou transtorno de pânico ao longo da vida e nove (21.9%) tiveram ataques de pânico na intoxicação ou na síndrome de abstinência, piorando significativamente na fase de intoxicação.

Savoia e Bernik (2004), a partir de informações que sugeriam que pacientes com TP eram capazes de identificar estressores que precediam o primeiro ataque de pânico, propuseram-se a investigar a relação entre eventos vitais, estratégias de enfrentamento a estresse e transtorno de pânico. Para isto foram comparados 43 pacientes com TP com 29 sujeitos controle, no que diz respeito à ocorrência e ao impacto dos eventos vitais

estressores no ano que precedeu o primeiro ataque. Os resultados obtidos foram reveladores: o número de eventos vitais estressores relatados por ambos os grupos era estatisticamente equivalente, o que mudava era o suporte social (perdido para o grupo com TP) e as estratégias de enfrentamento utilizadas em resposta aos eventos estressores, que para os pacientes com TP foram pouco efetivas e desadaptadas, diferentemente do grupo controle. Assim, os autores concluíram que não era o número de eventos vitais que determinava a relevância de sua ocorrência para os pacientes com TP, mas sim as estratégias de enfrentamento utilizadas e o impacto desses eventos na vida destes pacientes.

Algumas correlações importantes entre história de vida e TP foram encontradas por Isolan, Zeni, Mezzomo, Blaya, Kipper, Heldt e Manfro (2005). Foi localizada uma prevalência significativamente maior de história de transtornos de ansiedade e de comportamento inibido na infância em pacientes brasileiros adultos com transtorno do pânico, comparando-os com um grupo controle, o que sugere o efeito da história de vida no desenvolvimento deste transtorno.

Outra correlação importante foi encontrada por Nascimento, Lopes, Valença, Mezzasalma e Nardi (2004), que apontaram o efeito da gravidez no desenvolvimento do TP. Segundo estes pesquisadores, alguns relatos de caso sugeriam que a gravidez protege contra o TP, mas recentemente descobriu-se ser possível a piora ou a ausência de alteração no TP durante a gravidez, ocorrendo aumento do número de ataques de pânico, assim como de sua intensidade.

Pereira, Caetano e Valler (1987) apontaram a importância do diagnóstico diferencial entre TP e outras doenças físicas: feocromocitoma (tumores de células), hipertireoidismo, alteração do ritmo cardíaco, isquemias do miocárdio, epilepsia, hipoglicemia, uso de drogas / síndrome de abstinência (maconha, cocaína, derivados de anfetamínicos, LSD, supressão de depressores do Sistema Nervoso Central). Esta diferenciação torna-se importante porque estas doenças possuem sintomatologia semelhante ao TP e podem, deste modo, serem confundidas e inadequadamente tratadas. O correto diagnóstico traz benefícios para o paciente em termos de evitar gastos desnecessários com exames sofisticados e procedimentos terapêuticos ineficazes, e aproximar o tratamento adequado que evite as complicações fóbicas advindas da repetição das crises de pânico.

Estes estudos apontam que o diagnóstico médico adequado do TP torna-se um importante aliado para o seu tratamento medicamentoso. Entretanto, é controversa a função do diagnóstico quanto se trata do âmbito da psicoterapia.

Desde a Antiguidade, sempre existiram tentativas de compreender e explicar as doenças, inclusive as doenças mentais (caracterizadas por comportamentos incomuns). As diferentes concepções e explicações das doenças são influenciadas pelas concepções vigentes em cada época histórica em questão, de modo que os sistemas cultural, religioso e filosófico são as principais bases de influência para estas explicações.

Martinelli (1997), em um estudo sobre a classificação diagnóstica na clínica, mostrou que, historicamente, as explicações eram principalmente pautadas nos princípios religiosos, recorrendo às forças sobrenaturais e aos maus espíritos como os responsáveis pelos comportamentos “diferentes”, utilizando-se, sobretudo, o exorcismo para o “tratamento”. Entre os gregos e algumas outras civilizações, as práticas religiosas misturavam-se ao início do desenvolvimento da ciência. No início da Idade Média, há uma volta às explicações religiosas, mágicas e supersticiosas, sendo considerado um período negro para as ciências, consistindo em total estagnação. Com o Renascimento, além da possibilidade de avanço nas diversas áreas de conhecimento, a explicação das doenças também foi inovada, com o progresso no conhecimento em anatomia, fisiologia, neurologia, química, patologia orgânica e medicina em geral. No início do século XIX foi proposto um sistema classificatório das doenças, no qual as desordens eram agrupadas de acordo com seu curso e resultados. Os estudos desenvolvidos no século XX permitiram tratamento com base em psicofármacos, sugerindo que estas doenças poderiam ocorrer devido à deficiência no cérebro ou a reações químicas internas. Uma frente paralela de trabalho, proposta por Adolf Meyer, teve grande influência na classificação proposta pelo DSM-I (Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, publicado em 1952), enfatizando a importância da reação total do indivíduo, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Atualmente este manual está na quarta edição (DSM-IV), e o CID (Código Internacional das Doenças), na décima edição (CID-10). Ambos evoluíram a partir de pesquisas realizadas e teorias desenvolvidas a respeito das doenças mentais, e atualmente oferecem subsídios para a compreensão (orgânica) destas doenças.

Apesar de todo este avanço na psiquiatria e na compreensão das doenças mentais, é importante que estejam claras as contribuições deste conhecimento e a utilização que estes

manuais podem oferecer ao psicólogo em sua atuação clínica para o tratamento psicoterapêutico.

Algumas funções destes manuais seriam a comunicação entre os diferentes profissionais da área da saúde mental, as divulgações de pesquisas, a estatística de seguros de saúde, a catalogação hospitalar, todos necessitando de linguagem comum, o que justificaria a preocupação com o aprimoramento das classificações ao longo do tempo (Moriyama, 2003). Todavia, as classificações são baseadas na forma (topografia das respostas e dos sintomas) e não nas suas funções ou nos seus processos de aquisição. Sobre esta limitação das classificações, Tourinho (2000) defendeu que a classificação de doenças mentais por síndromes é topograficamente orientada e sem o compromisso com a identificação de relações entre os eventos, revelando a influência de uma tradição estruturalista da Psicologia e derivada do modelo médico, embora inicialmente possa apresentar aspectos sedutores. Do mesmo modo, Delitti (2000) advertiu que um analista do comportamento deve planejar sua intervenção pela identificação e manipulação de contingências, e por isso a classificação diagnóstica pode ser, em suas palavras, um “cavalo de Tróia” que pode conduzir o terapeuta a decisões precipitadas. Torós (1997) afirma que um rótulo classificatório é incoerente e inadequado segundo a compreensão do comportamento humano nas bases epistemológicas sobre as quais se apóia o Behaviorismo Radical. Matos (1999) complementa defendendo ser contraditória a classificação de comportamentos como patológicos segundo o modelo de seleção pelas conseqüências, já que os comportamentos evoluem porque têm uma função de utilidade na luta pela sobrevivência do indivíduo, e este valor de sobrevivência de um determinado comportamento é identificado pelo processo de análise funcional.

Uma compreensão mais ampla dos transtornos psiquiátricos é possível através de uma avaliação comportamental cuidadosa e extensa, capaz de fornecer pistas sobre como e sob que condições (contingências) os repertórios comportamentais são aprendidos e mantidos. Esta avaliação (diagnóstico comportamental), inclusive, deve ter um caráter dinâmico e ser realizada ao longo de todo o tratamento psicoterapêutico, já que os indivíduos têm um repertório rico que se modifica continuamente (Kanfer & Saslow, 1976). Como defendeu Martinelli (1997): “o foco principal recai no fornecimento de informações que possam ser utilizadas no planejamento, implementação e avaliação dos programas de mudança comportamental (...) e a avaliação na terapia comportamental é contínua, interativa auto-corretiva, não tendo como produto final o estabelecimento de um rótulo ou diagnóstico para tratamento, sendo que a avaliação não é orientada para uma

patologia” (p. 57). Delitti (1993) acrescenta que a avaliação comportamental não é limitada ao momento de coleta de dados e de formulação de estratégias, mas sim um processo que deve ser constante e contínuo. Desta maneira, a utilização dos manuais para classificação das doenças mentais é importante porque oferece estímulos discriminativos ao psicoterapeuta acerca da sintomatologia e do tratamento farmacológico pertinente, consistindo apenas como ponto de partida, já que não se propõe descrever a função dos operantes em questão e, portanto, não se caracterizam em instrumentos para predição e controle do comportamento (Meyer, 1997). Esta missão é particular dos processos psicoterapêuticos.

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL: UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO

A partir das descrições sintomatológicas e epidemiológicas anteriormente apresentadas, ficam evidentes o sofrimento e a incapacitação que o Transtorno do Pânico produz, assim como os custos materiais e emocionais ao paciente e à sociedade, e a sobrecarga nos serviços públicos e particulares de saúde, todos incalculáveis (Garcia, 2000; Yano, Meyer & Tung, 2003). Tais implicações justificam a preocupação em oferecer à população atendimento psicológico clínico eficaz para o tratamento deste transtorno, e muitas abordagens psicológicas têm contribuído neste aspecto. A Terapia Analítico-Comportamental, fundamentada na filosofia do Behaviorismo Radical e na Ciência da Análise do Comportamento, ambas desenvolvidas inicialmente por B.F. Skinner, constitui uma proposta que tem apresentado resultados bastante satisfatórios.

Antes de explicitar as contribuições desta proposta para o tratamento de diversos problemas, incluindo o TP, é preciso compreender a sua nomenclatura. Vandenberghe (2001) apontou que existem diferentes práticas dentro da terapia comportamental, e esta multiplicidade pode ser compreendida a partir da sua história, já que nunca se consistiu de uma corrente unificada, existindo diferentes escolas fundadoras, cada uma com seus próprios enfoques filosóficos e princípios de tratamento. Na área clínica, a adoção do termo “Terapia Analítico-Comportamental” tem sido proposta e adotada, com o objetivo de diferenciar a intervenção baseada em princípios da análise do comportamento de práticas que combinam estes princípios com outros de outra ordem, como por exemplo os cognitivos (Tourinho e Cavalcante, 2001). O termo ‘analítico-comportamental’ é uma

tradução da expressão em inglês '*behavior analytic*', que é utilizada para adjetivar noções ou práticas características da disciplina análise do comportamento.

Para a compreensão de como esta proposta pode ser utilizada, é necessário que sejam compreendidos os conceitos de comportamento, sentimento e sintomas físicos e emocionais presentes no TP, e como eles são articulados dentro desta abordagem psicoterapêutica.

A partir da afirmação: “os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez, são modificados pelas conseqüências de sua ação” (p.15), Skinner (1957/1978) procurou evidenciar as relações do ambiente com as respostas de um organismo, de modo que o ambiente desempenha um importante papel na aquisição e na manutenção de repertórios de comportamentos, servindo também como ocasião para que estes ocorram, advindo desta relação o próprio conceito de comportamento.

Em resumo, pode-se dizer que o conceito de comportamento é explicitado como a relação de um organismo com seu ambiente (Matos, 1997). A partir disso, o conceito de contingência foi desenvolvido como um instrumento conceitual a ser utilizado na análise das relações organismo-ambiente, especificando: 1. uma situação presente ou antecedente que pode ser descrita em termos de estímulos discriminativos (pela função controladora que exercem sobre o comportamento); 2. alguma resposta do indivíduo, que se emitida na presença de tais estímulos discriminativos tem como conseqüência 3. alguma alteração no ambiente (Todorov, 1985; Malerbi e Matos, 1992). Estas definições englobam, inclusive, o comportamento verbal.

Antes da publicação do livro *Verbal Behavior*, em 1957, as teorias sobre o desenvolvimento da linguagem estavam, em sua maioria, apoiadas em explicações mentalistas. Com essa publicação, Skinner teve como principal objetivo chamar a atenção para o fato de que o comportamento verbal não possui nenhum *status* especial, sendo estabelecido e mantido pelas contingências de três termos, como qualquer outro tipo de comportamento e, conseqüentemente, que os princípios derivados da análise do comportamento permitem um tratamento integral do comportamento humano, incluindo a linguagem, o pensamento e a cognição (de Rose, 1994). Assim, o termo *comportamento verbal* foi proposto por Skinner para enfatizar que a linguagem é um comportamento modelado e mantido por conseqüências e não é algo ou propriedade que alguém possua ou, muito menos, uma entidade interna. Esse termo foi proposto também como uma “substituição à palavra linguagem, pelas várias interpretações que este último termo pode permitir” (Hübner, 1997, p.135). A característica definidora do comportamento verbal é a

de que ele é estabelecido e mantido por reforçamento mediado por outra pessoa (o ouvinte). A sua singularidade, portanto, não está na sua natureza diferenciada, mas sim na sua complexidade.

Considerando a importância que as práticas da comunidade verbal desempenham para a aquisição e manutenção do comportamento verbal, é de se esperar que diferentes comunidades, dadas as suas especificidades, produzam tipos e quantidades diferentes de comportamentos. A comunidade verbal, do mesmo modo, é também responsável pelo desenvolvimento do autoconhecimento (conhecimento de si próprio), que é produzido a partir de perguntas que esta comunidade faz acerca do comportamento do próprio indivíduo (Skinner, 1974/1982).

Entretanto, como ressaltou o próprio Skinner (1953/1994), um dos fatos mais extraordinários a respeito do autoconhecimento é que ele pode não existir. Um homem pode ser incapaz de descrever o que fez, assim como pode não saber o que está fazendo ou o que tende a fazer, se não houver reforços apropriados para que um comportamento discriminativo desta espécie ocorra. E, quando houver incapacidade para a descrição, a pergunta que deve ser feita está relacionada a saber se alguma vez houve alguma razão para que este tipo de observação ocorresse. Assim, Skinner (1974/1982) afirma que o conhecimento de si próprio tem origem social:

Todas as espécies, exceto o homem, comportam-se sem saber o que fazem, e presumivelmente isso também era verdadeiro no caso do Homem, até surgir uma comunidade verbal que fizesse perguntas acerca do comportamento, gerando assim o comportamento auto-descritivo. (p.146)

Assim, diferentes comunidades possibilitam produzir tipos e quantidades diferentes de autoconhecimento e diferentes maneiras de uma pessoa explicar-se a si mesma e aos outros. Desse modo, o autoconhecimento é induzido por uma comunidade sócio-verbal que repetidamente questiona seus membros sobre seus comportamentos passados, presentes e futuros, e sobre as variáveis das quais seu comportamento é função (Zettle, 1990). O autoconhecimento requer, na verdade, dois tipos de repertório, que precisam ser estabelecidos socialmente. Um é o repertório de auto-observação, ou seja, a observação do próprio comportamento, e o outro está relacionado à observação das condições em que o comportamento ocorre e das conseqüências que produz (de Rose, 1997).

A comunidade verbal é também responsável pela produção de descrições de comportamentos manifestos e privados, presentes, passados e futuros. Segundo de Rose (1997), tais descrições podem incluir, por exemplo, eventos privados (sentimentos,

pensamentos, estados emocionais etc.), comportamentos ocorridos no passado, comportamentos pouco acessíveis à observação (por exemplo, comportamento sexual), comportamentos cuja probabilidade é afetada pela presença de um observador, conseqüências de um comportamento, entre outros. Deste modo, a fidedignidade dessas descrições torna-se um aspecto fundamental a ser garantido, dado que, na maioria destes comportamentos, o acesso a eles é restrito ao próprio indivíduo. Mesmo que sejam desenvolvidos métodos de observação direta de tais fenômenos, é muito provável que a ocorrência cotidiana deles permaneça de difícil acesso à observação direta (de Rose, 1997). Assim a correspondência entre aquilo que um indivíduo faz e aquilo que ele descreve sobre o que fez torna-se particularmente importante, inclusive porque o comportamento verbal tem sido freqüentemente utilizado para a obtenção de informações sobre aqueles comportamentos pouco acessíveis a outros observadores que não sejam o próprio indivíduo, como ocorre na psicoterapia.

O relato verbal, além de uma fonte de dados, é também uma forma de comportamento. Segundo a Análise do Comportamento, relatar é um comportamento verbal que está sob controle de estímulos não verbais específicos do ambiente e, por isso, inclui-se na categoria de operante verbal que Skinner denominou de tato (de Rose, 1997). Segundo Skinner (1978) “um tato pode ser definido como um operante verbal no qual uma resposta de uma certa forma é evocada (ou pelo menos reforçada) por um objeto particular, um acontecimento ou propriedade de um objeto ou acontecimento” (p.108). Portanto, o tato surge como o mais importante operante verbal, por causa do controle incomparável exercido pelo estímulo anterior, de modo a ser o operante verbal que tem uma relação de correspondência com o mundo externo (Skinner, 1978). Tal correspondência da forma da resposta com o ambiente é uma relação de controle de estímulo, e a precisão deste controle é resultado da maneira pela qual a comunidade verbal estabelece em cada indivíduo um repertório de tatos (de Rose, 1997). Assim, parece ficar ainda mais evidente o papel que a comunidade social reforçadora desempenha na instalação e manutenção do repertório verbal nos indivíduos, principalmente dos repertórios de auto-observação e descrição de seus próprios comportamentos.

Os pacientes com Transtorno de Pânico geralmente possuem déficits de auto-observação, da observação do ambiente ou de ambos, de modo que suas observações são restritas aos sintomas, principalmente físicos, que caracterizam este transtorno (por exemplo: palpitações, sudorese, taquicardia etc). A consciência sobre tais aspectos, isto é,

o conhecimento das variáveis das quais seus comportamentos (e sentimentos) são função, a partir disso, torna-se um objetivo a ser alcançado em terapia.

A queixa inicial de pacientes com TP usualmente descreve sintomas que, segundo o Behaviorismo Radical, são conceituados como eventos privados, definidos como estímulos e respostas que ocorrem sob a pele do indivíduo (Skinner, 1974/1982, Tourinho, 1999). Esta proposta admite que, dentre as variáveis relacionadas com o comportamento humano, algumas estão acessíveis apenas a uma pessoa e podem desempenhar um papel importante na determinação do comportamento. Isso não permite que se conclua que os fenômenos subjetivos sejam dotados de propriedades especiais e não explicam o comportamento; são fenômenos comportamentais adicionais a serem explicados (Cavalcante, 1997). A errônea atribuição do sentimento como causa advém do fato de que ambos acontecem ao mesmo tempo, ou temporalmente seqüenciais (primeiro sentimento e depois comportamento). Esta confusão poderá ser resolvida apenas se a compreensão for voltada para as contingências atuais e para a história de contingências de cada indivíduo.

O interesse maior desta proposta de terapia pelas contingências é justificado pelo fato de que são elas que determinam os sentimentos. Desta maneira, ao identificá-las e modificá-las, ocorre também a alteração dos sentimentos. Isto não significa que os sentimentos não são de interesse do terapeuta comportamental, já que, em última análise, o que se pretende é produzir sentimentos de bem-estar, de prazer, de satisfação etc e eliminar os de sofrimento, ansiedade, angústia. (Queiroz & Guilhardi, 2001). Todavia, a ênfase da possibilidade desta alteração de sentimento recai sobre a alteração das contingências de reforçamento.

Uma possibilidade para o terapeuta identificar tais contingências é a partir do comportamento verbal do cliente, já que em situações de atendimento clínico tornam-se muitas vezes inviáveis as observações diretas de contingências que operam ou operaram sobre as respostas do cliente (Banaco, 1999). Entretanto, a queixa inicial não define completamente sua real problemática; em geral, ela descreve sentimentos e/ou ações dele próprio ou de pessoas importantes no seu contexto de vida, mas não são descrições muito acuradas das contingências em operação (Cesar, 2001). Dado que o comportamento verbal do cliente deve colaborar no sentido de descrever as contingências em operação, é necessário que este comportamento seja modelado pelo terapeuta.

O procedimento de modelagem pode ser utilizado sempre que se deseja construir um comportamento cuja probabilidade original de ocorrência é muito pequena (ou igual a

zero). Para isso, é utilizado o reforço diferencial de aproximações sucessivas, que possibilita o aparecimento, com alta probabilidade de ocorrência, de uma resposta inicialmente muito rara. A situação da Psicoterapia não está excluída desse caso; ao contrário, é uma área da Psicologia que tem utilizado este procedimento em grande escala. Tal utilização ocorre quando em uma situação clínica houver a definição de um padrão comportamental a ser atingido pelo cliente e este padrão não estiver ocorrendo de forma a permitir o seu reforçamento; o terapeuta pode começar a reforçar diferencialmente as respostas que mais se aproximam do desempenho final desejado e, em aproximações sucessivas, chegar a reforçar o comportamento alvo definido (reforçadores usualmente arbitrários, de natureza social).

Segundo Catania (1998/1999), uma das mais importantes propriedades do comportamento é que ele é afetado por suas conseqüências, no sentido de aumentar sua probabilidade de ocorrência (reforço) ou diminuir sua probabilidade de ocorrência (punição). Uma conseqüência reforçadora é definida pelo aumento da probabilidade de ocorrência da resposta que a produziu (freqüência aumentada). Os eventos reforçadores são de dois tipos: *positivos*, que consistem na apresentação de estímulos, no acréscimo de alguma coisa, e *negativos*, que consistem na remoção de alguma coisa da situação. Em ambos os casos o efeito do reforço é o mesmo: a probabilidade da resposta será aumentada. Quando o reforço já não estiver sendo liberado, a resposta torna-se menos e menos freqüente, ocorrendo a denominada *extinção operante*. A extinção é, segundo Skinner (1953/1994), um modo efetivo de remover um operante do repertório de um organismo, sem os efeitos colaterais geralmente produzidos pela punição.

Skinner (1953/1994) defende a psicoterapia como uma agência não punitiva, na qual o terapeuta deve evitar a utilização da punição, prevalecendo o que denominou “audiência não punitiva” (p.350). Este cuidado deve resultar em dois importantes ganhos para o andamento da psicoterapia e para a vida do cliente: o comportamento que foi reprimido pela comunidade começa a reaparecer no repertório do cliente e a possibilidade de extinção de alguns efeitos da punição (raiva, medo, ansiedade, depressão). Assim, é privilegiada a utilização do reforçamento positivo e, quando for o caso, da extinção. Dado que na utilização destes procedimentos a resposta verbal do cliente já ocorreu, não poderá ser prevista ou controlada, sendo possível prever apenas a ocorrência futura de respostas semelhantes (classe de respostas).

Diante das considerações anteriores, a modelagem é considerada um procedimento poderoso para a produção de novos repertórios comportamentais e, considerando os

objetivos do presente trabalho, para a produção de descrições mais acuradas, por parte de um paciente, das relações entre seu comportamento, seus sintomas e seu ambiente.

Além de trazer dados relevantes ao terapeuta, do mesmo modo, é um dos objetivos da terapia que o próprio cliente tenha consciência das contingências, e o terapeuta deverá ser a comunidade verbal que irá produzi-la, pois, segundo Skinner (1989/1995): “a psicoterapia é, freqüentemente, um esforço para melhorar a auto-observação, para “trazer à consciência” uma parcela maior daquilo que é feito e das razões pelas quais as *coisas são feitas*” (p.46-47). Além disso, Oliveira (2001) defendeu que a psicoterapia que tem como base o Behaviorismo Radical não deve buscar somente o (auto) conhecimento, mas sim objetivar: 1. o conhecimento das contingências que operam sobre o comportamento do cliente; e 2. a alteração de tais contingências através da ação do paciente sobre o ambiente.

O enfoque da proposta analítico-comportamental para o tratamento do TP e de outras “patologias” é o esclarecimento da relação entre os sintomas sentidos e descritos pelo paciente e as contingências em operação, das quais seus comportamentos, sentimentos e sintomas são função, o que, em última análise, poderia ser considerada a promoção da consciência deste paciente acerca da relação entre sintoma e ambiente. A remoção dos sintomas poderá ocorrer, entretanto, não apenas a partir da consciência mas, principalmente, da alteração das contingências.

Uma ferramenta preciosa para o analista comportamental é a análise funcional, que aqui é definida como a identificação da função, isto é, do valor de sobrevivência de um determinado comportamento em um determinado ambiente (Matos, 1999). Ao utilizar a análise funcional, é possível ao terapeuta encontrar as relações estabelecidas entre o cliente e seu ambiente, e também a “experimentação” dos efeitos provenientes de modificações nessas relações. Nesta perspectiva, como complementou Delitti (1997), esta ferramenta propicia a identificação de variáveis e explicitação das contingências que controlam o comportamento, permitindo que sejam levantadas hipóteses acerca da aquisição dos repertórios considerados problemáticos e possibilitando o planejamento da aquisição de novos repertórios comportamentais. A mesma autora continua, resumindo que “a prática da análise funcional acompanha o terapeuta desde o início do processo (no levantamento das hipóteses), durante o mesmo (orientando a observação acerca do comportamento do cliente na sessão e seus relatos o que acontece fora dela) e também no final do processo (no planejamento da manutenção e generalização das mudanças comportamentais obtidas)” (p.41).

A Terapia Analítico-Comportamental, uma das aplicações derivadas do Behaviorismo Radical, tem como principal objetivo o alívio do sofrimento daqueles que a procuram promovendo, deste modo, benefícios diretos para a comunidade em geral. Para que seja bem desenvolvida, é necessário o contato do terapeuta com as produções filosóficas, reflexivas, empíricas e aplicadas, como auxílio na reflexão e intervenção frente aos fenômenos complexos, apresentados na atuação clínica (Tourinho e Cavalcante, 2001). Para cumprir este papel social, o terapeuta deve esclarecer ao seu cliente as possíveis variáveis responsáveis pelo sofrimento ou sintoma por ele relatado. Como afirmou Banaco (1999):

Já que a cultura (comunidade verbal) foi a responsável por produzir indivíduos capazes de ir até o nível encoberto de descrição sobre os eventos comportamentais, caberia a nós, enquanto comunidade verbal diferenciada, partirmos deste ponto (como repertório de entrada da pessoa) e instalar em seu repertório a observação de eventos externos responsáveis tanto pelos sentimentos quanto pelos comportamentos que compõem sua queixa. (p.138)

A eficácia da psicoterapia tem sido motivo de preocupação e objeto de investigação de terapeutas e pesquisadores, assim como a descrição dos procedimentos nela utilizados. Tal preocupação é fundamentada no compromisso de oferecer atendimento clínico eficaz à população e nas questões referentes à formação do terapeuta, desde sua graduação. Sobre esta preocupação, Guilhardi (2004) apontou a importância da descrição e quantificação precisas do progresso do cliente, e a necessidade de mensuração dos comportamentos com os quais o terapeuta trabalha. Assim, o terapeuta deve se ocupar em responder à população para a qual presta seus serviços ao menos duas perguntas: houve mudanças a partir do início da sua atuação? se houve, elas ocorreram na direção desejada? Poderia, por sua importância, também ser acrescentado: se as mudanças ocorreram, foram provavelmente produzidas por quais variáveis (terapêuticas ou naturais)?

Com o intuito de responder estes e outros tipos de questões referentes ao comportamento, seja vinculado à clínica ou não, Matos (2004) defende a metodologia do estudo de caso único, por explicitar o comportamento em suas relações com o ambiente de uma forma muito evidente, regular e sistemática, prescindindo, inclusive, da utilização da estatística. Esta defesa é pertinente à abordagem do analista comportamental, que utiliza seu sujeito como o próprio controle:

Por lidarmos com explicações funcionais e não causais, o importante é coletar informações ao longo do tempo, isto é, informações repetidas do mesmo evento e com os mesmos personagens. Ao coletarmos registros ao longo do tempo, devemos comparar o desempenho do sujeito consigo mesmo, sua história passada é sua linha de base. A interpretação do behaviorista radical é sempre histórica. (Matos, 1998, p. 33)

Figueiredo (1985), em um breve levantamento da história da metodologia experimental de caso único, aponta que desde o início dos estudos em Psicologia, era freqüente o uso de experimentos com um único ou poucos sujeitos; entretanto nesta época os sujeitos únicos eram inseridos nas pesquisas como representantes da espécie e mesmo do reino animal, e não tratados caso a caso. Este treino pretendia a “universalização do sujeito” (erradicando sua individualidade histórica, social e psicológica), e tal metodologia entrou em crise a partir da mais ampla compreensão da variabilidade individual sugerida pela teoria da evolução darwiniana. Neste momento, a adoção das técnicas estatísticas para a análise de distribuição de freqüências no grupo constituía o sujeito médio e conceituava as diferenças individuais como desvios da média.

A partir de 1950, foi iniciada a análise experimental do comportamento, fundamentada na filosofia da ciência do Behaviorismo Radical. Seu trabalho, desde então, é realizar a análise funcional da interação comportamento-ambiente, a partir de uma unidade trípeta: comportamento e contexto ambiental antecedente e conseqüente. E esta relação da dinâmica das variadas relações, segundo Matos (1990), somente pode ser realizada através de um trabalho de investigação experimental (com a variável manipulada pelo experimentador e variável observada) com $N=1$, devido justamente à complexidade das inter-relações entre essas variáveis. Como ressaltou Figueiredo (1985): “se o comportamento individual está submetido a leis sem perder por isto a sua unicidade, que é dada pela configuração particular das interações do indivíduo com o ambiente numa dada situação, o estudo experimental do sujeito único pode e deve retornar, mas com um significado totalmente distinto daquele que assumia no início da psicologia experimental” (p.11).

Na situação específica da aplicação clínica, o estudo de caso em geral se constitui no relato fiel e sistemático do que foi realizado com o cliente durante o processo terapêutico, abrangendo também a sua história de vida e outras informações importantes e pertinentes ao atendimento (Silvares & Banaco, 2000). Deste modo, o estudo de caso tem se consolidado como metodologia para muitas pesquisas, principalmente para aquelas que objetivam discutir a prática da psicoterapia comportamental. Nestes estudos, o

procedimento de categorização de verbalizações de clientes e terapeutas tem sido privilegiado por se mostrar útil para auxílio na análise de sessões terapêuticas, de sessões de supervisão e do comportamento do terapeuta e do comportamento do cliente antes e após a intervenção.

Silveira e Kerbauy (2000) estudaram a interação de um terapeuta com seu cliente, a partir da queixa clínica, propondo-se a analisar uma sequência de verbalizações para identificar: a) o padrão de interação do terapeuta e do cliente em relação à apresentação da queixa e b) variáveis controladoras do comportamento do terapeuta e do cliente em relação à apresentação da queixa. Para a análise dos resultados foram montadas unidades de análise, que permitiram concluir que o comportamento do terapeuta foi inicialmente controlado pela descrição da queixa do cliente e, posteriormente, pela sua orientação teórica e outros fatores não diretamente observáveis durante as sessões de atendimento clínico. A contribuição deste estudo está na proposta e iniciação da análise da influência do conteúdo das verbalizações do terapeuta sobre a recorrência das verbalizações do cliente relacionadas à queixa.

Margotto (1998) realizou um estudo a partir do qual foi possível identificar e propor categorias de verbalizações para o terapeuta e para o cliente, a partir da análise de sessões de psicoterapia comportamental. Sua contribuição foi preciosa porque as categorias referentes ao comportamento verbal do terapeuta foram analisadas segundo sua função para o comportamento verbal do cliente. Foi demonstrado também que as tomadas de decisões do terapeuta foram identificadas pela mudança de suas classes de verbalizações decorrentes das classes de verbalizações do cliente, a partir das seqüências das classes identificadas. Como exemplo, a classe “relação entre eventos ambientais e comportamento”, que mostra ao cliente as relações entre seus comportamentos e eventos ambientais. As categorias sugeridas por Margotto foram utilizadas por Souza Filho (2000) e serão utilizadas no presente estudo, como base para a análise da função das verbalizações do terapeuta sobre o comportamento verbal do cliente.

Souza Filho (2000) analisou de que forma a intervenção terapêutica trabalha a substituição do comportamento passivo pelo assertivo, identificando se o comportamento de terapeutas iniciantes fica sob controle da noção geral de que o comportamento assertivo produz reforçamento, ou se consideram efeitos diversos do comportamento assertivo em diferentes contextos. Foram utilizadas categorias de verbalizações do terapeuta, para conferir se havia referências aos controles ambientais do comportamento passivo e

assertivo do cliente, e uma análise da forma como foram abordados pelo terapeuta aspectos topográficos e funcionais do comportamento assertivo / passivo / agressivo.

Barrouin (2001) também estudou o manejo, por um terapeuta analítico-comportamental, de repertórios assertivos, passivos e agressivos a partir da análise de interação verbal em sessões terapêuticas, neste caso, com queixa principal de depressão. Os resultados mostraram, assim como nos estudos citados anteriormente, que a categorização das verbalizações permitem um mapeamento da frequência de cada categoria por parte do terapeuta, e como elas afetam o comportamento verbal do cliente.

Kovac (2001) realizou uma comparação entre a proposta metodológica de Souza Filho (2000) e a proposta de classificação de Skinner para o comportamento verbal, sendo que esta última parte da relação funcional estabelecida entre as variáveis controladoras e as respostas verbais (denominada operantes verbais). Para tanto, duas sessões de terapia (transcritas) foram categorizadas com os dois sistemas de classificação (Souza Filho e Skinner), e foram comparadas as possibilidades de análise fornecidas por cada uma delas. Os resultados sugeriram uma possível identificação funcional entre as categorias relacionadas, significando que o sistema de categorias de registro apresentado por Souza Filho (2000) tem como critério a funcionalidade das respostas, assim como ocorre no sistema de Skinner.

A atuação do terapeuta comportamental foi estudada por Silva (2001) em uma pesquisa que investigou os efeitos do reforçamento na sessão terapêutica sobre três classes de respostas verbais do cliente: 1. sobre eventos privados, 2. sobre eventos privados e / ou relação entre estes e variáveis externas, 3. relações entre variáveis externas e respostas abertas do cliente. As onze sessões de psicoterapia analisadas foram subdivididas em quatro fases experimentais, cada qual com reforçamento diferencial do terapeuta sobre uma classe de resposta verbal do cliente específica. Os resultados mostraram mudança na frequência acumulada das categorias de verbalizações do cliente como produto do controle exercido pela modelagem realizada pelo terapeuta, representando uma tentativa de manipulação de variáveis relevantes na relação terapeuta-cliente para a compreensão e avaliação do processo psicoterapêutico. A categorização do comportamento verbal utilizada e sua descrição em termos de frequência de cada categoria foi uma importante contribuição para o conhecimento do que um terapeuta comportamental faz em uma sessão de terapia, e se sua intervenção está de fato fundamentada nos princípios da Análise do Comportamento.

Almásy (2004) realizou um estudo semelhante, entretanto com o objetivo específico de investigar se a ordem do reforçamento diferencial das classes de respostas utilizadas por Silva (2001) alteraria a discriminação do cliente em relação ao comportamento do terapeuta no desenvolvimento e na sustentação da relação terapêutica. Os resultados obtidos apontaram que o comportamento de relatar do cliente fica realmente sob o controle do estímulo discriminativo fornecido pelo terapeuta, por meio de sua verbalização na sessão, mesmo quando o terapeuta não fornecia uma consequência com função de reforço positivo em 100% das vezes. Também é discutido que a ordem das classes de respostas verbais do cliente selecionadas a serem reforçadas pode ser importante no sentido de acelerar ou retardar a instalação do comportamento clinicamente relevante de relatar relações entre eventos ambientais e respostas abertas, já que algumas classes são mais prováveis de serem emitidas pelo cliente do que outras e, muitas vezes, podem também se transformar em pré-requisitos umas para as outras.

Seguindo essa preocupação com a formação de terapeutas comportamentais, Zamignani (2001) realizou uma caracterização inicial da prática clínica do terapeuta analítico-comportamental, a partir da categorização e análise de verbalizações de terapeutas e pacientes em duas situações distintas (relações terapêuticas com e sem queixas de transtorno obsessivo-compulsivo - TOC). Para isto, foi investigado o desempenho de dois terapeutas em diferentes condições, procurando-se identificar se a queixa de TOC por parte do paciente dificultaria o desenvolvimento do trabalho do terapeuta consistente com os pressupostos do Behaviorismo Radical. Os resultados obtidos apontaram que estes terapeutas utilizaram-se destes pressupostos para sua intervenção, principalmente no que se refere ao recurso de explicitar relações causais entre respostas e consequências, identificado pela grande frequência de verbalizações dos terapeutas com essa função explicativa nas sessões de atendimento.

O papel da supervisão também tem recebido atenção por parte dos pesquisadores. A supervisão como comunidade verbal que auxilia o terapeuta no atendimento mais eficaz ao seu cliente foi estudada por Wielenska (2000), com o objetivo principal de desenvolver um procedimento de supervisão que auxiliasse clínicos na identificação das variáveis de controle da relação que estabelecem com seus clientes. Para isso, foram identificadas e categorizadas as verbalizações do supervisor e do terapeuta conforme a semelhança temática entre elas, especialmente aquelas referentes ao controle discriminativo que verbalizações do terapeuta exerceram sobre as intervenções do supervisor ao longo das cinco sessões de supervisão analisadas. Os resultados encontrados indicam que tal

procedimento permitiu, ao terapeuta e supervisor, constituírem um conhecimento sobre partes dos controles que provavelmente operam na relação terapeuta-cliente.

Moreira (2003) realizou um estudo descritivo da interação verbal livre e contínua entre um supervisor de terapia em um terapeuta iniciante, com o objetivo de identificar variáveis envolvidas no procedimento de supervisão adotado, com base nos princípios da Terapia Comportamental. Para isso, o comportamento verbal dos participantes foi dividido em classes funcionais de respostas denominadas “categorias de verbalizações”. Os resultados mostraram regularidade no comportamento do supervisor, enquanto os comportamentos do terapeuta e do cliente sofreram alterações ao longo dos encontros de supervisão.

Em grande parte dos estudos sobre atendimento clínico, são utilizados juizes para uma mais confiável categorização das sessões de atendimento, nas quais predominam o uso de transcrição como fonte de informação e, para tratamento do conteúdo das sessões, o uso de categorias de registro. A importância da concordância entre observadores para aumentar a fidedignidade dos resultados foi a ênfase do trabalho de Chequer (2002), que objetivou explorar quais variáveis interferem nos resultados e como elas podem ter afetado pesquisas que utilizaram procedimentos semelhantes. De uma forma geral, os resultados mostraram que, para realizar um treino que efetivamente maximize as chances de obtenção de índices elevados de concordância, seria preciso um arranjo de contingências que garantisse maior controle sobre as respostas de categorização dos juizes, como por exemplo, a clareza das categorias estabelecidas.

Em todos os estudos supracitados, a categorização das verbalizações foi o procedimento mais importante para a análise dos dados obtidos, quer referente às mudanças comportamentais do cliente, à atuação do terapeuta ou aos modelos de supervisão para atendimento clínico. Por ter se mostrado tão efetiva, esta categorização será utilizada no presente trabalho, como instrumento de verificação e quantificação de alterações no relato de um cliente com transtorno do pânico a partir da intervenção da Terapia Analítico-Comportamental.

A ênfase deste trabalho está, portanto, na verificação da alteração do relato do cliente a partir do efeito das verbalizações do terapeuta, o que poderia ser denominado, em última análise, de desenvolvimento da sua consciência sobre as variáveis envolvidas na sua sintomatologia. Isto difere da demonstração da eficácia do processo psicoterapêutico como um todo, que objetiva, além da consciência do cliente, a sua aprendizagem comportamental para uma atuação diferenciada sobre o seu ambiente, promovendo a alteração deste. O

foco, deste modo, é a modificação do relato do cliente. Do mesmo modo, este trabalho não pretende demonstrar significativa remoção dos sintomas do pânico do cliente, já que esta remoção está vinculada ao desenvolvimento de um novo repertório de comportamentos, principalmente de contra-controle, que geralmente ocorre em um processo psicoterapêutico a longo prazo.

OBJETIVOS

Geral

Verificar a ocorrência de alteração no relato verbal do cliente sobre auto-observação e descrição de sintomas para o relato de observação e descrição da relação comportamento / sintoma / ambiente, como uma estratégia inicial para o tratamento psicoterapêutico do Transtorno do Pânico, sob a perspectiva do Behaviorismo Radical.

Específicos

- a) Categorizar as verbalizações do cliente sobre auto-observação e descrição de sintomas e sobre descrição da relação comportamento / sintoma / ambiente
- b) Categorizar funcionalmente as verbalizações do terapeuta ocorridas durante as sessões de atendimento.
- c) Investigar os procedimentos utilizados pelo terapeuta nas sessões de atendimento, em termos de categorias verbais funcionais, que alteram o relato do cliente quanto aos possíveis determinantes das suas queixas, especialmente as referentes ao Transtorno do Pânico.
- d) Mensurar alguns sintomas do Transtorno do Pânico durante o desenvolvimento das sessões terapêuticas, a partir do relato do próprio cliente.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram deste estudo: um psiquiatra, um psicólogo, uma cliente, dois juízes independentes (para a análise dos dados) e a própria pesquisadora.

1. psiquiatra: este profissional foi selecionado de acordo com os seguintes critérios: 1. estar devidamente registrado no CRM (Conselho Regional de Medicina) da região onde atua; 2. seu atendimento médico ser realizado em clínica ou instituição particular; 3. relatar importante experiência no tratamento de pacientes com Transtorno do Pânico.

O contato com este profissional foi realizado pela própria pesquisadora, a partir de uma amostra de médicos indicados por colegas de trabalho (psicólogos e psiquiatras), e nesta ocasião ele foi informado dos objetivos da pesquisa.

O médico psiquiatra era do sexo masculino e concluiu sua residência médica há 14 anos. Atuava em clínica particular há dez anos, atendendo pacientes com Transtorno do Pânico há 14 anos. Seu diagnóstico era geralmente realizado durante o atendimento e coleta dos dados do paciente, através dos critérios diagnósticos contidos na CID – 10 e no DSM - IV. Sua participação em congressos acontecia com frequência, com apresentação de alguns trabalhos. No que se refere ao TP, apresentou seu último trabalho em Congresso Médico realizado em 2004.

2. psicólogo clínico: este profissional foi selecionado de acordo com os seguintes critérios: 1. estar devidamente registrado no CRP (Conselho Regional de Psicologia) da região onde atua; 2. seu atendimento psicoterapêutico ser realizado em clínica ou instituição particular; 3. desenvolver atividade clínica na abordagem analítico-comportamental há pelo menos três anos, com participação ativa em congressos (inclusive apresentação de trabalhos pertinentes à área); 4. ser submetido, frequentemente, à supervisão para o desenvolvimento dos seus atendimentos clínicos; 5. sua prática clínica estar fundamentada nos princípios conceituais do Behaviorismo Radical de B.F.Skinner.

O psicólogo clínico era do sexo masculino, formado em Psicologia e atuando em clínica há três anos, tendo também realizado estágios nesta área. Utilizava supervisão semanal para seus atendimentos clínicos e participava de um grupo de estudo na abordagem Analítico-Comportamental. A participação em congressos acontecia pelo menos uma vez ao ano, com apresentação de alguns trabalhos cujo enfoque era atendimento psicoterapêutico.

3. cliente: a seleção da cliente foi realizada utilizando-se os seguintes critérios: 1. sua idade ser igual ou superior a 18 anos; 2. o sexo era irrelevante (ambos seriam aceitos); 3. ser diagnosticada pelo psiquiatra como sofrendo de Transtorno do Pânico, segundo os critérios recomendados pelo DSM-IV.

A cliente era do sexo feminino, 25 anos de idade, escolaridade de nível superior incompleto, solteira, mãe de uma menina de nove meses, residia com a filha e a mãe. Na ocasião da entrevista estava oficialmente afastada (INSS) do trabalho (atendente bancária) há um ano e oito meses, pelo motivo do quadro diagnosticado de Transtorno de Pânico.

Ainda segundo suas informações, seu quadro foi diagnosticado há aproximadamente dois anos, embora alguns sintomas tenham iniciado há mais de nove anos, sendo nesta época, pouco frequentes e não diagnosticados como tal. Fez uso de alguns medicamentos (pondera, rivotril e serenata), e atualmente estava medicada com propranolol, frontal e fluoxetina. Não fazia uso de substâncias como cigarro, álcool, drogas.

4. dois juizes: ambos juízes foram psicólogos clínicos devidamente registrados no CRP (Conselho Regional de Psicologia) da região onde atuam, e seu atendimento clínico era realizado em clínica particular. Para a seleção dos psicólogos juizes foram utilizados os mesmos critérios da seleção do terapeuta.

A primeira juíza era do sexo feminino, formada em Psicologia há dois anos e atuando em clínica também há dois anos, tendo realizado vários estágios nesta área. Utilizava supervisão quinzenal para seus atendimentos clínicos e participava de dois grupos de estudo na abordagem Analítico-Comportamental, freqüentando também um Curso de Especialização na área. A participação em congressos acontecia pelo menos uma vez ao ano, com apresentação de alguns trabalhos cujo enfoque era atendimento psicoterapêutico.

A segunda juíza era do sexo feminino, formada em Psicologia e atuando em clínica há quatro anos, tendo realizado estágio supervisionado por mais dois anos nesta área. Utilizava supervisão quinzenal para seus atendimentos clínicos e participava de um grupo de estudo na abordagem Analítico-Comportamental. A participação em congressos acontecia pelo menos uma vez ao ano, com apresentação de trabalhos cujo enfoque era atendimento psicoterapêutico.

5. pesquisadora: a pesquisadora foi considerada participante ativa da pesquisa por exercer as seguintes funções:

- a) contatar o psiquiatra, o psicólogo clínico e os juizes para a colaboração com a pesquisa, realizando entrevistas com estes profissionais para a coleta de informações essenciais e sua seleção,
- b) realizar uma entrevista com o paciente e, em seguida, encaminhá-lo à psicoterapia,
- c) aplicar semanalmente no paciente o questionário para descrição dos seus sintomas,
- d) participar como uma terceira juíza para que a comissão de juizes fosse composta por número ímpar (em caso de necessidade de desempate), já que estava de acordo com os critérios de seleção estabelecidos para a pesquisa e mencionados anteriormente.

MATERIAIS

Foram utilizados termos de consentimento livre e esclarecido, preenchidos e assinados individualmente por: psiquiatra (Anexo A), terapeuta (Anexo C), cliente (Anexo F), juizes (Anexo H), concordando com sua participação na pesquisa e autorizando a divulgação dos resultados - os dados de identificação de todos foram resguardados (foram evitadas, na medida do possível, quaisquer informações que possam identificar a cliente).

Foram utilizados um gravador e fitas cassete (60 minutos) para o registro integral das sessões, e o ambiente de coleta de dados das sessões de atendimento psicoterapêutico foi a sala de atendimento do próprio profissional em seu consultório clínico particular. A sala de espera do seu consultório particular foi utilizada para a aplicação, antes de cada sessão de atendimento, do questionário sobre os sintomas de pânico ocorridos na semana anterior (Anexo I).

Foram utilizados dois roteiros de entrevista, aplicados pela pesquisadora: 1. para o psiquiatra (Anexo B) e 2. para o terapeuta e juizes (Anexo D). O primeiro (para o

psiquiatra), continha perguntas sobre sua experiência no tratamento de pacientes com Transtorno do Pânico e o segundo, perguntas sobre a formação profissional dos psicólogos (terapeuta e juízes). Também foi utilizada uma prova de conhecimentos gerais sobre a filosofia do Behaviorismo Radical e a ciência da Análise Experimental do Comportamento (Anexo E), que foram respondidas pelo terapeuta e pelos juízes, para sua seleção. Esta prova era composta por dez perguntas elaboradas pela pesquisadora, nas quais o terapeuta, os dois juízes e a própria pesquisadora dissertaram sobre os principais conceitos da filosofia do Behaviorismo Radical, principalmente aqueles relacionados à prática da psicoterapia segundo esta abordagem teórica.

Foi utilizada uma ficha de identificação (Anexo G), na qual foram registradas as informações relevantes sobre a paciente para o desenvolvimento da pesquisa (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão / ocupação, com quem reside, medicamentos atuais, medicamentos anteriores, uso de outras substâncias (cigarro, álcool etc), quando o TP foi diagnosticado, quando os sintomas foram iniciados e outras informações importantes).

Foi utilizado um questionário para “avaliação clínica” e quantificação dos sintomas do Transtorno de Pânico, segundo o próprio paciente, especialmente elaborado para o presente trabalho, baseado nas descrições sintomatológicas do DSM-IV (Anexo I), que foi respondido semanalmente pela paciente, aplicado no próprio consultório, antes de cada sessão de atendimento.

AMBIENTE

O ambiente de coleta dos dados foi o consultório particular do terapeuta. Um local reservado e discreto na sala se espera foi utilizado para o preenchimento, pela paciente, do questionário sobre seus sintomas ocorridos na semana anterior. A sala do terapeuta foi utilizada para o desenvolvimento das sessões de psicoterapia.

PROCEDIMENTO

1. Seleção dos participantes

O procedimento para seleção dos participantes foi realizado em quatro etapas:

Na **primeira** etapa foi selecionado, pela própria pesquisadora, **o psiquiatra**, a partir de uma amostra de médicos indicados por colegas de trabalho (psicólogos e psiquiatras).

Tendo sido garantidos os critérios a partir da indicação de colegas, a pesquisadora selecionou o psiquiatra e realizou um primeiro contato pessoalmente, no qual ele foi informado dos objetivos da pesquisa e no que consistiria exatamente a sua contribuição. Por estar de acordo, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Após a assinatura do termo, a pesquisadora realizou uma pequena entrevista direcionada, com o objetivo de coletar informações sobre sua prática clínica (Anexo B), garantindo o cumprimento do terceiro critério de seleção.

Após a entrevista, a pesquisadora forneceu detalhes da participação do psiquiatra, que consistiria no atendimento de um cliente (ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos) que por ele diagnosticado com TP, seguindo os critérios do DSM-IV. A procura do cliente por este psiquiatra poderia ser voluntária ou encaminhada por outro profissional da saúde. Após o diagnóstico, o psiquiatra contactou a pesquisadora e realizou o encaminhamento da cliente para entrevista.

Na **segunda** etapa foi selecionado o **terapeuta**, a partir de uma amostra de colegas que desenvolvessem psicoterapia baseada na abordagem analítico-comportamental, indicada por outros profissionais da área (psicólogos e psiquiatras). A pesquisadora realizou um primeiro contato com o terapeuta selecionado, quando ele foi informado dos objetivos da pesquisa e no que consistiria a sua contribuição: desenvolver o atendimento psicoterapêutico de um paciente diagnosticado e encaminhado por um psiquiatra, com TP, segundo os critérios do DSM-IV. As dez primeiras sessões de psicoterapia seriam gravadas e posteriormente transcritas integralmente, e ele não receberia qualquer instrução da pesquisadora para o atendimento. Terminada a fase de coleta dos dados, o terapeuta poderia continuar a desenvolver o atendimento do paciente, de acordo com a necessidade e o acordo entre ambos. Ainda foi informado que ele, assim como a cliente, teria liberdade para desistir da sua participação da pesquisa em qualquer momento, sem que houvesse qualquer ônus ou punição.

Por estar de acordo, o terapeuta assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C). Após a assinatura do termo, a pesquisadora realizou uma entrevista estruturada (Anexo D), com o objetivo de levantar as principais informações referentes à sua formação profissional. Nesta mesma ocasião, foi entregue a ele uma prova de conhecimentos gerais sobre a filosofia do Behaviorismo Radical e a ciência da Análise Experimental do Comportamento (Anexo E), para que ele respondesse. Estes “instrumentos” foram elaborados e aplicados com o principal objetivo de garantir que o terapeuta selecionado tivesse sua prática clínica embasada nos princípios do Behaviorismo Radical. Somente após a análise destes “instrumentos” ter sido favorável, o terapeuta foi realmente selecionado e, em seguida, informado dos detalhes da sua participação (caso após este processo o terapeuta não estivesse considerado apto a realizar o atendimento e participar da pesquisa, o processo de seleção seria recomeçado). O critério utilizado para considerar a análise favorável foi o acerto de, pelo menos, 80% das respostas às perguntas da prova de conhecimentos. A correção das questões foi realizada por um psicólogo analítico-comportamental independente, com mais de cinco anos de experiência em atuação clínica. Este profissional foi o responsável pela correção das provas do terapeuta, dos dois juizes e da pesquisadora.

Na **terceira** etapa foram selecionados os dois **juizes** (psicólogos), também a partir de uma amostra de colegas que desenvolvessem psicoterapia baseada na abordagem comportamental, em consultório particular, indicada por outros profissionais da área (psicólogos e psiquiatras). A pesquisadora realizou um primeiro contato com os juizes selecionados, quando foram informados dos objetivos da pesquisa e no que consistiria a sua participação: categorizar o comportamento verbal de um terapeuta e de um paciente diagnosticado e encaminhado por um psiquiatra com TP (segundo os critérios do DSM-IV) a partir do registro audiogravado e transcrito integralmente das dez primeiras sessões de atendimento psicoterapêutico (as categorias destes comportamentos verbais foram fornecidas pela pesquisadora no momento oportuno).

Por estarem de acordo, os juizes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo H). Após a assinatura, a pesquisadora realizou uma entrevista estruturada (Anexo D), com o objetivo de levantar as principais informações referentes à sua formação profissional. Nesta mesma ocasião, foi entregue uma prova de conhecimentos gerais sobre a filosofia do Behaviorismo Radical e a ciência da Análise Experimental do Comportamento (Anexo E). Assim como para o terapeuta, estes “instrumentos” tiveram como principal objetivo garantir que os juizes selecionados

tivessem sua prática clínica embasada nos princípios do Behaviorismo Radical. Somente após a análise destes “instrumentos” ter sido favorável (com os mesmos critérios mencionados anteriormente), os juizes foram realmente selecionados e, em seguida, informados dos detalhes da sua participação (caso após este processo o juiz não fosse considerado apto a categorizar o atendimento e participar da pesquisa, o processo de seleção seria recommençado).

A terceira juíza foi a própria pesquisadora, inserida para garantir o critério de desempate, quando necessário. A pesquisadora foi considerada apta por cumprir adequadamente os critérios estabelecidos para a seleção dos juizes, inclusive aqueles relacionados à prova de conhecimentos corrigida pelo psicólogo independente.

Na **quarta** etapa foi selecionada a **cliente**, cuja idade deveria ser igual ou superior a 18 anos, e o sexo não seria relevante (ambos seriam aceitos). A procura desta cliente pelo psiquiatra poderia ser direta ou encaminhada por um colega, familiar ou outro profissional da saúde. A cliente foi encaminhada para a pesquisa pelo psiquiatra, após diagnóstico de Transtorno do Pânico, segundo os critérios sugeridos pelo DSM-IV. Logo após este encaminhamento, a pesquisadora expôs os objetivos da pesquisa e no que consistiria a sua participação:

- a) o atendimento psicoterapêutico não seria desenvolvido por ela, mas sim por outro profissional psicólogo,
- b) as suas dez primeiras sessões de atendimento seriam gravadas integralmente,
- c) a pesquisadora não participaria das sessões de atendimento (somente ela e o terapeuta),
- d) ela poderia desistir de sua participação se assim o desejasse, não tendo os atendimentos clínicos psiquiátrico ou psicoterapêutico prejudicados,
- e) deveria responder semanalmente a um questionário contendo 16 perguntas sobre os seus sintomas de TP, no próprio consultório, antes de cada sessão de atendimento,
- f) seu atendimento psiquiátrico e psicoterapêutico poderiam ser estendidos por mais de dez sessões (período de coleta dos dados) se a avaliação clínica destes profissionais considerasse a continuidade necessária.

Por estar de acordo, a cliente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo F) e respondeu algumas perguntas feitas pela própria pesquisadora (idade, estado civil, escolaridade, profissão / ocupação, com quem reside, medicamentos atuais, medicamentos anteriores, uso de outras substâncias (cigarro, álcool etc), quando o TP foi diagnosticado e quando foram iniciados os sintomas) - (Anexo G). Caso a cliente não concordasse em participar da pesquisa, expressando o desacordo no momento da entrevista

inicial, seu encaminhamento à psicoterapia seria efetuado da mesma maneira, independente de sua participação.

Após esta entrevista, a cliente foi encaminhada pela pesquisadora para o psicólogo participante da pesquisa, para o início do atendimento psicoterapêutico. Embora os termos de consentimento de terapeuta e cliente previssem a utilização das dez primeiras sessões de atendimentos, foram efetivamente gravadas e utilizadas, para efeito de coleta dos dados, as onze primeiras sessões. Este acréscimo de uma sessão foi autorizado pelos participantes.

2. Coleta de dados

Depois de selecionados todos os participantes, com a autorização por escrito da sua participação na pesquisa através da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, foi iniciada a etapa da coleta de dados.

Após consentimento para participação do terapeuta e da paciente e ambos terem sido previamente entrevistados pela pesquisadora, iniciou-se o contato entre terapeuta e paciente: a pesquisadora forneceu ao terapeuta o telefone da paciente, e este fez um contato telefônico para marcar a primeira consulta, em data e horário definidos por ambos.

No dia agendado a paciente compareceu à clínica particular do terapeuta, onde foi realizado todo o atendimento psicoterapêutico. Antes da primeira consulta ser iniciada, foi entregue à paciente, pela secretária do consultório, um envelope contendo o questionário (Anexo I) onde seria relatada por escrito a sua sintomatologia naquela semana. O questionário foi respondido na sala de espera da clínica, em local reservado, e entregue de volta à secretária, que por sua vez encaminhou à pesquisadora. Este mesmo procedimento ocorreu antes de cada uma das onze sessões de atendimento.

A entrega do questionário foi realizada pela secretária para impedir o acesso da paciente à pesquisadora, evitando qualquer interferência nos dados coletados, inclusive evitando o contato do terapeuta com esta medida dos sintomas, o que poderia interferir no seu atendimento subsequente. Pelo mesmo motivo, a resposta ao questionário foi realizada *antes* da sessão de atendimento, para evitar que o conteúdo discutido na sessão de psicoterapia interferisse nos sintomas relatados.

Após a entrega do questionário, o terapeuta recebeu a paciente na sala de espera e ambos se dirigiram à sala de atendimento. O terapeuta ligou o aparelho audiogravador e a sessão psicoterapêutica foi iniciada. A duração de cada atendimento foi de

aproximadamente 50 minutos, durante os quais terapeuta e paciente conversaram livremente, sem qualquer instrução ou interferência da pesquisadora. Depois de transcorrido este tempo, a sessão foi encerrada, e a próxima agendada para a semana seguinte. A sessão poderia ser desmarcada antecipadamente pelo terapeuta ou pela paciente, quando houvesse algum compromisso inadiável. Entretanto, via de regra, a sessão ocorria uma vez por semana.

Na etapa de coleta dos dados, foram gravadas, em fita cassete, as onze primeiras sessões de psicoterapia da paciente participante, desenvolvidas pelo terapeuta selecionado. Deste modo, não houve participação direta da pesquisadora, sendo a gravação preparada e conduzida pelo próprio terapeuta (a sala de atendimento não contém espelho, por se tratar de um consultório particular). O contato da pesquisadora com o conteúdo dos atendimentos ocorreu somente por meio do material audiogravado.

As sessões gravadas foram posteriormente transcritas literalmente pela pesquisadora, e em seguida as fitas foram arquivadas seguindo as exigências de sigilo profissional. O conteúdo das sessões de atendimento foi identificado da seguinte forma:

- * letra T para identificar verbalizações do terapeuta
- * letra C para identificar verbalizações da cliente

Seguindo a sugestão de Silva (2001), a interação verbal entre terapeuta e cliente durante cada sessão foi dividida em falas, podendo cada fala ser composta de várias verbalizações. Considerou-se uma fala uma série de verbalizações do participante, delimitada pela fala antecedente e subsequente do outro participante. A verbalização foi definida como um grupo de palavras que pudesse ser funcionalmente categorizada. Deste modo, uma fala poderia conter uma ou n verbalizações.

O número de onze sessões de psicoterapia foi estabelecido a partir de dados da literatura que sugerem que, neste período, é possível uma redução significativa dos sintomas característicos do Transtorno do Pânico (Rangé e Bernik, 2001), sendo também um número significativo de sessões que possibilita o acompanhamento do processo psicoterapêutico, incluindo as sessões iniciais e algumas das sessões intermediárias. Este número (onze) também está de acordo com a literatura, considerando outros estudos que propuseram estudar a psicoterapia, o processo de supervisão ou a relação terapeuta-cliente: Silva (2001) – 11 sessões; Silveira e Kerbauy (2000) – 3 sessões; Margotto (1998) – 10 sessões; Souza Filho (2000) – 7 sessões; Wielenska (2000) – 5 sessões; Moreira (2003) – 7 sessões; Almásy (2004) – 14 sessões; Kovac (2001) – 10 sessões.

Em suma, o procedimento do presente trabalho consistiu na gravação das onze primeiras sessões de atendimento psicoterapêutico de uma paciente com Transtorno de Pânico, com o objetivo de detecção de possíveis mudanças comportamentais, principalmente verbais, como conseqüência da intervenção terapêutica. Embora somente as onze primeiras sessões compusessem a etapa de coleta dos dados, a descontinuidade ou interrupção do tratamento poderia ocorrer de comum acordo entre terapeuta e paciente, quando os objetivos terapêuticos estivessem atingidos satisfatoriamente, segundo a avaliação de ambos. Assim, o término da coleta dos dados não implicou na interrupção do atendimento psicoterapêutico oferecido à paciente.

Foi realizado um teste de fidedignidade da categorização das sessões de atendimento por três juizes independentes: dois psicoterapeutas e a própria pesquisadora. Assim como para o terapeuta, não foi realizado nenhum treino específico com os juizes, por terem sido considerados suficientes os critérios para sua seleção. A partir disso, foram consideradas para o presente estudo as verbalizações categorizadas igualmente por pelo menos dois juizes. Quando a verbalização foi categorizada de maneira distinta pelos três juizes, ela foi descartada na análise dos resultados.

3. Análise dos dados

A partir das fitas audiogravadas, todas as sessões de atendimento foram transcritas literalmente pela pesquisadora. Após a transcrição a pesquisadora, juntamente com uma colega psicóloga, realizaram a divisão das verbalizações, para que não houvesse discrepância entre os juizes quanto aos períodos a serem analisados, de modo que todos pudessem categorizar as mesmas verbalizações. A ajuda da colega garantiu uma melhor subdivisão do conteúdo das sessões de atendimento, tornando-a um pouco mais precisa.

Em seguida, as transcrições já subdivididas foram encaminhadas aos juizes juntamente com um texto explicativo (Anexo J). Com as transcrições em mãos, a pesquisadora e os dois juizes selecionados procederam com a classificação das verbalizações do terapeuta e da paciente, seguindo as categorias definidas aprioristicamente e listadas a seguir. Foram realizados cálculos para determinação do índice de concordância da categorização entre os juizes para cada uma das onze sessões de atendimento (ressaltando que a pesquisadora foi a terceira juíza, compondo uma banca de número ímpar).

3.1. Categorias para as verbalizações da CLIENTE

Tema SINTOMA (S):

- 1- Descrição de sintomas característicos de Transtorno do Pânico
- 2- Concepções do conceito de Transtorno do Pânico como doença exclusivamente física
- 3- Descrição das conseqüências que os sintomas produzem em sua vida pessoal, social e profissional
- 4- Inferências, conclusões e explicações acerca do sintoma como sendo produzido por uma doença física do organismo
- 5- Comentários ou regras sobre a remissão dos sintomas como conseqüência exclusiva da medicação e/ou tratamento psiquiátrico

Exemplo: “Fiz todos os exames, e não deu nada, e a sensação continuava, e nessa mesma semana eu sentia isso, e aí eu entrei em desespero, eu achava que eu ia morrer”.

Tema AMBIENTE (A):

- 1- Informações sobre as pessoas do seu ambiente social relevante
- 2- Informações sobre aspectos que descrevam sua história de vida

Exemplo: “Eu tenho um irmão drogado, ele trocou tudo em casa, ele trocou rádio, trocou televisão, e desde antes de eu nascer; porque eu sou a filha caçula; tudo que eu sempre tive ele sempre quis, quando eu ganhei a minha primeira bicicletinha rosa, ele queria”.

Tema COMPORTAMENTO (ação) (C):

- 1- Referência a sentimentos que não envolvam o Transtorno do Pânico
- 2- Referência a déficits comportamentais da cliente
- 3- Referência a excessos comportamentais da cliente

Exemplo: “Eu falei pra minha mãe nesses dias, agora é tudo pra minha filha? Não tem nada pra mim não?”.

Tema RELAÇÃO SINTOMA / AMBIENTE (SA):

- 1- Perguntas ao terapeuta sobre o porquê de sua doença
- 2- Descrição de situações nas quais os sintomas ocorrem
- 3- Sugestão ou descrição de sintomas como produto de sua interação com o ambiente:
- 4- Sugestão ou descrição de cursos de ação para mudança de seu comportamento
- 5- Relação dos déficits comportamentais da cliente com os sintomas
- 6- Descrição de tentativas ou progressos da cliente em direção ao desenvolvimento de novos repertórios de comportamentos

Exemplo: “Quando eu saio sozinha eu fico ansiosa. No casamento de uma amiga eu tive uma crise, tive que pedir ajuda”.

OUTROS

1- Verbalizações não-referentes aos temas estudados (**NR**)

3.2. Categorias para as verbalizações do TERAPEUTA

1. Informação (IFO): verbalizações que informam sobre aspectos do processo terapêutico, sobre conceitos da Terapia Analítico-Comportamental ou sobre assuntos abordados pela cliente.

Exemplo: “Bem, o que você me falou sobre o pânico acho que tem tudo a ver com o que realmente acontece. O pânico é uma doença que está relacionada à ansiedade, e a ansiedade que nos acomete quando alguma coisa não muito boa está ligada à gente.”

2. Investigação (INV): verbalizações que indagam ou solicitam informações à cliente ou verbalizações que ofereçam dicas para que ela relate eventos que descrevem mais precisamente as contingências em operação e não outros, como apenas seus sintomas.

Exemplo: “E lá na sua casa, quando a sua mãe mudou-se?”

3. Feedback (FBK): verbalizações de aprovação ou desaprovação de verbalizações anteriores da cliente ou verbalizações que sugerem a continuidade da verbalização da cliente.

Não será privilegiado o uso de punição de relatos da cliente (comportamentos verbais) que não sejam descritivos da relação entre seus comportamentos e seu ambiente, mas sim sua extinção, assim como a utilização da consequência reforçadora positiva para relatos que contenham tais descrições. Essa decisão é baseada na concepção da psicoterapia como uma agência não punitiva (Skinner, 1953/1994).

Exemplo: “Achei muito bom você ter ido à audiência. Foi um teste importante você prestar o depoimento como testemunha. Apesar da sua ansiedade, ficou controlada, deu tudo certo.”

4. Conselhos / Regras (COR): verbalizações que explicitam ou sugerem cursos de ação

Exemplo: “Tente conversar com a sua mãe sobre isso, para ela fica de vez em quando com sua filha para você poder sair um pouco de casa; depois do banho, da papinha você pode sair para dar uma caminhada ali por perto da sua casa, ir em algum lugar perto, como padaria...”

5. Interpretações (INT): verbalizações que sugerem explicações ou analisam os assuntos discutidos na sessão

Exemplo: “Então, ficar parada, sem fazer nada, é uma coisa nova pra você né? Ficar dependendo das pessoas... Eu acho que essas preocupações todas geram esse sentimento que você falou de não saber mais quem você é, talvez porque você esteja se reconstruindo. Não estava nos seus planos, ser mãe, de repente parar de trabalhar, ficar fora da sua rotina, um bom tempo fora da sua rotina. Isso explica o seu sentimento”.

6. Outras Verbalizações (OUT): outras verbalizações do terapeuta.

Como as categorias foram definidas aprioristicamente, ficou reservada a possibilidade de inserção de novas categorias, caso fosse necessário, para a identificação das verbalizações do terapeuta e da paciente. Essa inserção ocorreria se as categorias já existentes não fossem apropriadas ou suficientes para categorizar uma verbalização, e poderia ser sugerida pelos juizes ou mesmo pela pesquisadora, mediante os dados já coletados e em processo de análise.

A categorizações das verbalizações de terapeuta e paciente foram realizadas com o objetivo de identificar com que frequência cada categoria verbal ocorria nas sessões de atendimento, e se havia modificação dessa frequência ao longo das onze sessões. Entretanto, considerando o interesse principal deste estudo, que é a descrição da atuação de um terapeuta analítico-comportamental e o seu efeito sobre as verbalizações de uma paciente, procurou-se também identificar funções mais gerais do processo de psicoterapia. Assim, alguns trechos dos atendimentos serão discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão apresentada a seguir está baseada no pressuposto fundamental defendido pela abordagem Behaviorista Radical, que se refere à seleção dos comportamentos por suas conseqüências. Esta discussão pretende, a partir dos dados obtidos, demonstrar algumas alterações de relatos verbais de terapeuta e cliente, que consequenciam mutuamente seus comportamentos no decorrer do processo de psicoterapia.

As pesquisas que objetivam investigar a prática da psicoterapia Analítico-Comportamental estão em fase inicial de desenvolvimento, de modo que a literatura disponível nesta área ainda é restrita. Assim, o presente trabalho pretende contribuir para o avanço do conhecimento sobre esta prática, esclarecendo alguns dos procedimentos utilizados por um terapeuta para descrever para si e para sua cliente as contingências que controlam os comportamentos dela, e que são responsáveis pelos seus sentimentos e também por seus sintomas diagnosticados como Transtorno do Pânico.

Um primeiro ponto importante a ser discutido refere-se às questões metodológicas. Uma primeira decisão metodológica foi a ausência de treinamento ao terapeuta participante da pesquisa, de modo a não incluir no procedimento instruções claras e definidas para seu desempenho nas sessões de atendimento. Esta foi uma escolha baseada no objetivo de observar a sua atuação real e natural em sua prática clínica cotidiana, sustentada pela sua formação individual e pela sua história de contingências profissionais e pessoais. Para isto, pretendeu-se garantir ao terapeuta, como critério de seleção, uma experiência mínima de três anos em psicoterapia nesta abordagem teórica e o domínio dos conceitos mais importantes do Behaviorismo Radical que norteiam o atendimento clínico (verificado pela análise das suas respostas à prova de conhecimentos sobre esta abordagem, respondida na ocasião da sua seleção).

Outra questão metodológica é aquela envolvida na análise dos comportamentos verbais de terapeuta e cliente. Segundo Moreira (2003), estas questões dizem respeito sobre como foram definidas as unidades a serem investigadas e que tipo de estratégia foi usada para assegurar a objetividade no processo analítico. No presente estudo, as unidades comportamentais investigadas foram categorias verbais funcionais sugeridas por Margotto (1998) e utilizadas com sucesso, por exemplo, por Souza Filho (2000). Este sucesso foi

também discutido por Kovac (2001), em um estudo que comparou a utilização destas categorias com aquelas propostas por Skinner (1957/1978) sobre o comportamento verbal (operantes verbais: tato, mando, autoclítico, intraverbal, ecóico). Esta autora concluiu que existe uma identificação funcional entre estas categorias, que pode ser inferida pela equiparidade sistemática das categorizações realizadas nos dois sistemas de classificação. Estes achados embasaram a escolha destas categorias como a mais acertada para o presente trabalho, embora este sistema de categorização encontre-se ainda em desenvolvimento.

Quanto à estratégia utilizada para assegurar a objetividade no processo analítico, a opção pela concordância entre juizes foi realizada por esta já ter apresentado sucesso em estudos semelhantes (Zamignani & Andery, 2005; Almásy, 2004; Baptistussi, 2001; Kovac, 2001; Silva, 2001; Zamignani, 2001).

1. Medida de Fidedignidade

As onze sessões de atendimento transcritas literalmente foram encaminhadas aos juizes independentes, que procederam a categorização das verbalizações. Todos os juizes realizaram a categorização de todas as sessões. As verbalizações totalizam 1273, sendo 625 do terapeuta e 648 da paciente. O resultado da fidedignidade foi obtido, para cada sessão de atendimento, a partir do seguinte cálculo: número de concordâncias multiplicado por 100, dividido pelo número de concordâncias mais o número de discordâncias de verbalizações daquela sessão (Hersen e Barlow, 1977). O critério utilizado para que a medida de fidedignidade da sessão fosse considerada válida foi ter atingido pelo menos 70% de concordância nas categorizações das verbalizações. Os resultados obtidos foram considerados satisfatórios, como expresso nas **Tabela 1 e 2**.

A **Tabela 1** apresenta o número total de discordâncias entre os juizes independentes em cada uma das onze sessões de atendimento, em termos absoluto e porcentagem. A **Tabela 2** apresenta o índice de fidedignidade entre juizes, para as verbalizações de terapeuta e cliente, considerando a fórmula de Hersen e Barlow (1977).

Tabela 1. Número total de discordâncias entre os juizes independentes em cada uma das onze sessões de atendimento (para Terapeuta e Cliente), em termos absoluto e porcentagem.

sessão	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a
nº de discordâncias	12	7	7	16	9	7	8	2	3	7	15
% erro entre juizes	10,2	6,3	10,0	11,3	12,3	10,6	10,3	3,2	5,0	3,1	5,5

Tabela 2. Índice de fidedignidade* entre juizes independentes, para as onze sessões de atendimento, para as verbalizações de terapeuta e cliente.

sessões	Verbalizações Terapeuta	Verbalizações Paciente
1ª sessão	94,7	85,2
2ª sessão	95,2	92,0
3ª sessão	93,3	83,3
4ª sessão	89,7	88,0
5ª sessão	86,1	89,2
6ª sessão	90,9	87,9
7ª sessão	89,7	89,4
8ª sessão	95,5	97,5
9ª sessão	96,9	92,9
10ª sessão	98,3	95,4
11ª sessão	94,9	94,2

(* O índice de fidedignidade foi obtido com o cálculo: número de concordâncias multiplicado por 100, dividido pelo número de concordâncias mais o número de discordâncias da sessão).

Os números expressos na **Tabela 1** indicam que o maior número proporcional de discordâncias ocorreu na 4ª sessão (16), representando 11,3% de erro entre os juizes. Estas discordâncias ocorreram entre um juiz e os outros dois, pois vale ressaltar que não houve discordância entre os três juizes para uma única categorização. Ainda que houvesse, este dado seria descartado.

Tabela 3. Frequência de discordâncias (de um juiz) para cada categoria de verbalização, para terapeuta e cliente.

Categoria de Verbalização	Número de Discordâncias	% de Discordâncias	Frequência total da categoria
Investigação*	1	0,3	305
Informação*	2	25,0	8
Feedback*	18	16,5	109
Conselho / regra*	3	6,8	44
Interpretação*	8	8,7	92
Outras*	5	7,5	67
Sintoma**	6	13,6	44
Ambiente**	15	6,4	236
Comportamento**	24	13,1	183
Sintoma / Ambiente**	6	9,4	64
Outras**	5	4,1	121

* verbalizações emitidas pelo terapeuta e ** verbalizações emitidas pela cliente.

Ainda sobre a medida de fidedignidade, foi possível subdividir as discordâncias entre os três juizes por categoria de verbalização. A **Tabela 3** apresenta a frequência de discordâncias (para um juiz, outros dois já concordaram) por cada categoria de análise, para as verbalizações de terapeuta e cliente. A maior frequência proporcional de

discordâncias foi de 25% (categoria ‘informação’ - terapeuta), e 13,6% (categoria ‘sintoma’ – cliente). Isto pode indicar que estas categorias não foram bem definidas, dificultando sua utilização pelos juizes. Em contrapartida, as menores porcentagens de discordância encontradas foram 0,3% para o terapeuta (‘investigação’) e 4,1% para as verbalizações da cliente (‘outras’).

2. Categorização das Verbalizações

A categorização das verbalizações, a partir das transcrições das sessões de atendimento, foi realizada com o objetivo principal de investigar a influência do comportamento verbal do terapeuta (perguntas e análises direcionadas à identificação das contingências em operação) no comportamento verbal da cliente.

A frequência absoluta de cada categoria de verbalizações do terapeuta e da paciente, para cada sessão, está representada na **Tabela 4**. Também são apresentados o número parcial (para terapeuta e cliente) e total de verbalizações, para cada sessão de atendimento.

Tabela 4. Frequência absoluta das verbalizações de terapeuta e cliente, segundo categorização dos juizes, para cada uma das onze sessões de atendimento.

Sessão	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a
Investigação*	44	37	14	31	15	17	18	8	18	50	53
Informação*	3	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Feedback*	1	3	7	14	11	4	8	6	7	20	28
Conselho / regra*	0	7	3	3	2	4	2	3	4	14	2
Interpretação*	8	12	6	10	8	8	9	3	2	19	7
Outras*	1	0	0	0	0	0	2	0	1	16	47
Total (terapeuta)	57	62	30	58	36	33	39	22	32	119	137
Sintoma**	15	11	2	2	1	1	2	3	2	5	0
Ambiente**	32	19	7	27	10	18	17	12	13	31	50
Comportamento**	3	9	12	35	16	8	15	13	5	30	37
Sintoma / Ambiente**	3	6	7	13	6	1	5	8	5	7	3
Outras**	8	5	2	6	4	5	0	4	3	36	48
Total (cliente)	61	50	30	83	37	33	39	40	28	109	138
Total de verbalizações	118	112	60	141	73	66	78	62	60	228	275

(* verbalizações emitidas pelo terapeuta e ** verbalizações emitidas pela cliente)

O número total de verbalizações foi bastante variado, quando é feita uma comparação entre as onze sessões de atendimento (de 60 a 275). Isso ocorreu, provavelmente, devido ao tempo de duração de sessão (aproximadamente 50 minutos, podendo ser inferior ou superior) e ao tamanho das verbalizações, já que a categorização realizada foi funcional, podendo englobar muito mais de uma frase em cada período analisado e considerado uma verbalização, tanto para terapeuta quanto para a cliente. Isto é, quando das transcrições das sessões de atendimento, observou-se que algumas verbalizações foram mais longas.

A **Tabela 5** apresenta a frequência relativa de cada categoria de verbalizações do terapeuta e da cliente, para cada sessão. Essa relativização é importante para o conhecimento sobre como as frequências das verbalizações foram alteradas de uma sessão para outra, já que o número total de verbalizações não foi constante (a descrição destas alterações está detalhada nas descrições das **Figuras 1 a 11**).

Tabela 5. Frequência relativa (%) das verbalizações de terapeuta e cliente, segundo categorização dos juizes, para cada uma das onze sessões de atendimento.

Sessão	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a
Investigação*	77	60	46	53	41	52	46	36	56	42	39
Informação*	5	5	0	0	0	0	0	9	0	0	0
Feedback*	2	5	24	25	31	12	21	27	22	17	21
Conselho / regra*	0	11	10	5	6	12	5	14	13	12	1
Interpretação*	14	19	20	17	22	24	23	14	6	16	5
Outras*	2	0	0	0	0	0	5	0	3	13	34
Sintoma**	25	22	7	2	3	3	5	8	7	5	0
Ambiente**	52	38	23	32	27	54	44	30	46	28	36
Comportamento**	5	18	40	42	43	24	38	32	18	27	27
Sintoma / Ambiente**	5	12	23	17	16	4	13	20	18	7	2
Outras**	13	10	7	7	11	15	0	10	11	33	35

(* verbalizações emitidas pelo terapeuta e ** verbalizações emitidas pela cliente, em porcentagens.)

As **Figuras 1 a 11** foram construídas a partir da frequência relativa das verbalizações de terapeuta e cliente por categoria, em cada sessão de 50 minutos de duração (aproximadamente). Estas representações relativizadas permitem a comparação entre todas as sessões de atendimento, já que ocorreram diferenças nas frequências acumuladas das verbalizações (como demonstrado na última linha da **Tabela 4**). Importante ressaltar que estas frequências apresentadas equivalem às categorizações para as quais houve consenso por, pelo menos, dois dos três juizes que participaram deste

trabalho. Por exemplo, supondo que para a verbalização T1, dois juizes concordaram ser da categoria ‘investigação’, e o terceiro juiz categorizou como ‘interpretação’. Então, a verbalização foi considerada ‘investigação’, e a categorização do terceiro juiz foi desconsiderada (excluída). Assim, em todas as figuras cujo conteúdo se refere às verbalizações categorizadas, os números absolutos ou relativos (percentuais) foram obtidos desta mesma maneira, de modo que os dados não se referem à categorização de nenhum juiz em especial, mas sim à concordância entre eles.

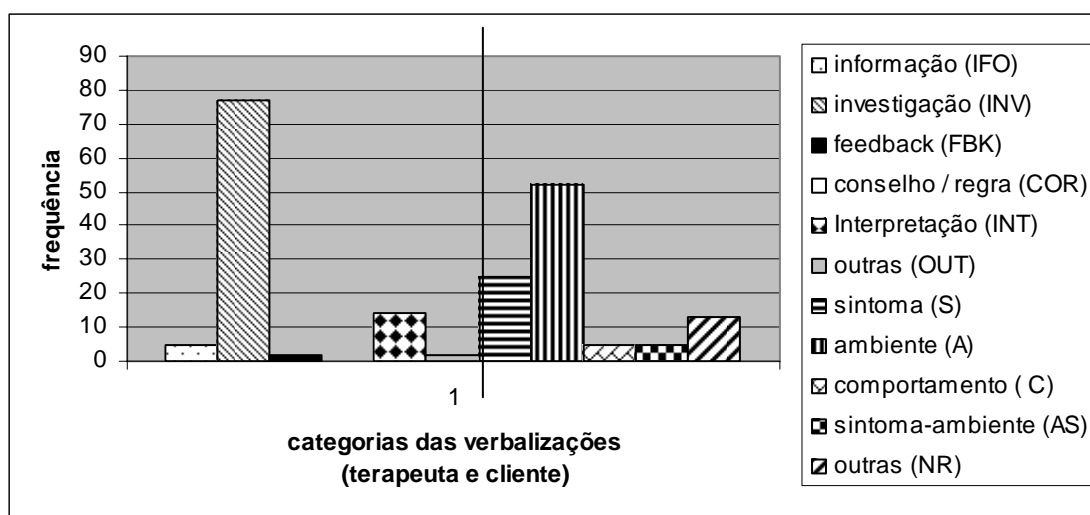


Figura 1. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a primeira sessão de atendimento (concordância de 94,7 para Terapeuta e 85,2 para Cliente).

Na **Figura 1** estão demonstradas as frequências relativas das verbalizações. Para o terapeuta, a verbalização com maior número de ocorrências foi referente à categoria ‘investigação’ (44 vezes – 77%), sendo que as outras cinco categorias tiveram sua frequência absoluta abaixo de dez. Isso pode se justificar pela necessidade do terapeuta de coletar alguns dados iniciais sobre a cliente e sobre sua queixa principal, motivo pelo qual foi encaminhada à psicoterapia. Para a cliente, a categoria de maior frequência foi referente A ‘ambiente’, somando mais da metade das ocorrências (52%), provavelmente por ela responder às descrições solicitadas pelo terapeuta sobre em quais os ambientes ocorrem mais comumente as suas crises de pânico. A categoria ‘sintoma’ foi a segunda em termos de frequência (15 vezes – 25%), sendo ligeiramente metade da categoria mais frequente e o dobro da terceira colocada (‘outras’: 8 vezes – 13%). A categoria ‘sintoma-ambiente’ teve sua frequência relativamente baixa (3 vezes – 5%).

Na **Figura 2** está demonstrado que, para o terapeuta, a verbalização com maior número de ocorrências foi também pertencente à categoria ‘investigação’ (60%), mas agora com uma queda em relação à sessão anterior (77%). Uma outra categoria, ‘interpretação’, teve sua frequência levemente aumentada (de 14% para 19%). A categoria ‘feedback’, de extrema importância para o presente trabalho, teve sua frequência aumentada quando comparada à primeira sessão, passando de 2% para 5%. A categoria ‘conselho / regra’ foi a que apresentou a diferença mais importante, aumentando de zero para 11%. Estas alterações podem ser possivelmente explicadas pela maior possibilidade do terapeuta de realizar algumas análises e consequenciar diferencialmente algumas verbalizações da cliente que não enfoquem os sintomas, relacionando estes com aspectos do ambiente dela. Para a cliente, a categoria de maior frequência continuou a ser ‘ambiente’ (38%), mas agora com uma redução de 14 pontos percentuais (antes 52%). A categoria ‘sintoma’ foi novamente a segunda colocada em termos de frequência (22%), embora tenha sido reduzida em 3 pontos percentuais. As categorias ‘sintoma-ambiente’ (12%) e ‘comportamento’ (18%) apresentaram aumento quando comparadas à primeira sessão sendo, respectivamente, 7 e 13 pontos percentuais de diferença.

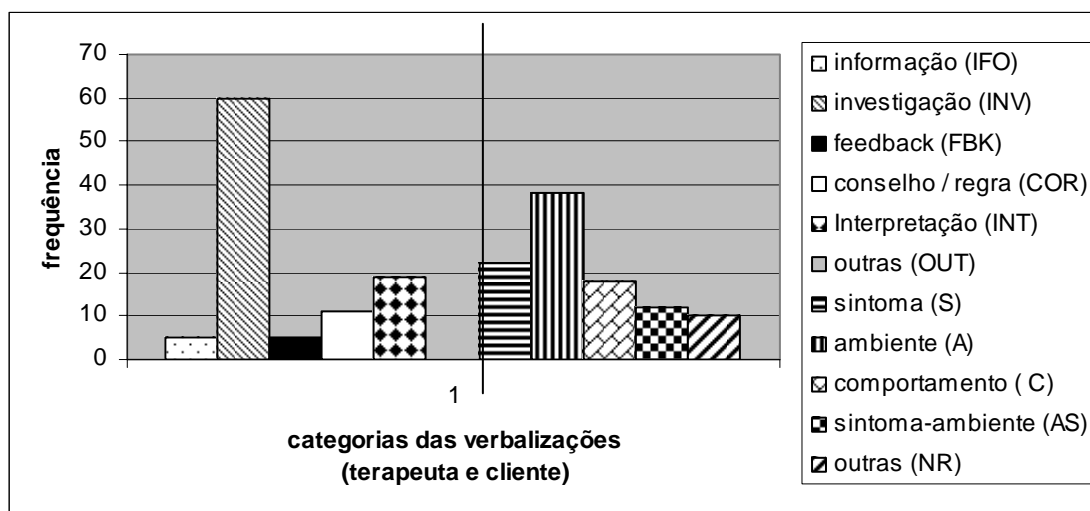


Figura 2. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a segunda sessão de atendimento (concordância de 95,2 para Terapeuta e 92,0 para Cliente).

Na **Figura 3** os dados revelam que, para o terapeuta, a categoria ‘investigação’, embora seja ainda a mais frequente, tem sua frequência em queda, passando de 77% (1ª sessão) para 46%. As categorias ‘conselho / regra’ e ‘interpretação’ tiveram suas frequências praticamente mantidas em comparação à sessão anterior (respectivamente, 11% e 10%; 19% e 20%). A categoria ‘feedback’ teve o aumento mais importante,

passando de 5% (2ª sessão) para 24%. Isso implica dizer que as verbalizações do terapeuta provavelmente tornaram-se cada vez mais reforçadoras para verbalizações da cliente, principalmente quando esta emitia verbalizações que descrevessem a relação sintoma / ambiente. Esta, aliás, foi para a cliente uma categoria que teve sua frequência dobrada em relação à sessão anterior (de 12% para 24%) – ver **Figuras 12 e 13**. A categoria ‘comportamento’ também teve sua frequência relativa dobrada (de 18% para 40%), tornando-se a mais freqüente. A categoria ‘sintoma’, em contrapartida, apresentou queda de 22% (2ª sessão) para 7%, como esperado em função do reforçamento diferencial.

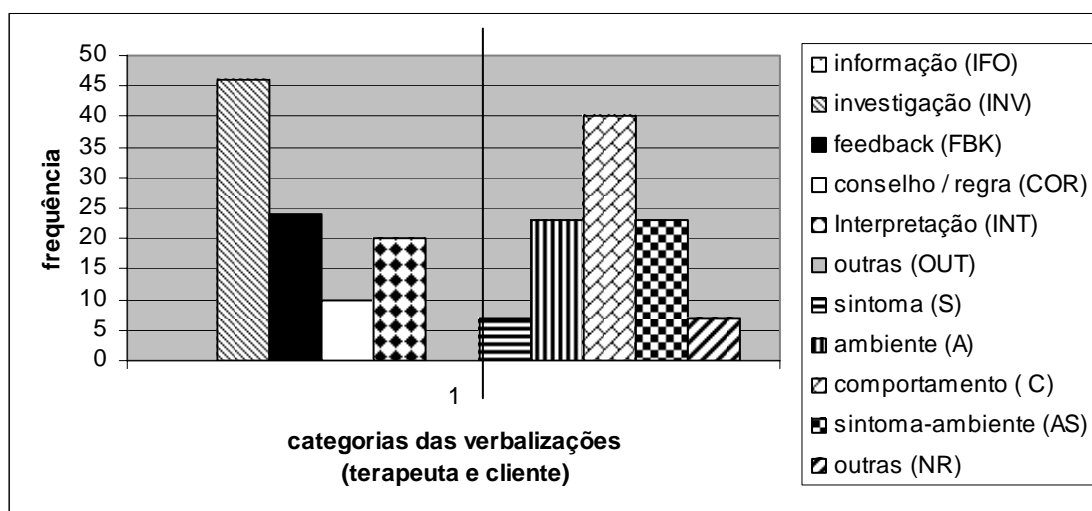


Figura 3. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a terceira sessão de atendimento (concordância de 93,3 para Terapeuta e 83,3 para Cliente).

Na **Figura 4** está demonstrado que, para o terapeuta, a categoria mais freqüente foi ‘investigação’ (53%), com um pequeno aumento em relação à sessão anterior (46%), mas ainda inferior à 1ª sessão (77%). Uma outra categoria, ‘interpretação’, teve uma leve queda em sua frequência (de 20% para 17%). A categoria ‘feedback’ teve sua frequência considerada estável (25%) em comparação com a sessão anterior (24%). A categoria ‘conselho / regra’ foi a que apresentou a maior diferença proporcional, reduzindo-se de 10 para 5%. Para a cliente, a categoria de maior frequência continuou a ser ‘comportamento’ (42%), com um leve aumento (antes 40%). A categoria ‘sintoma’ teve uma das menores frequências de todas as sessões (2%), sendo considerada bem reduzida, principalmente quando comparada à sessão inicial (25%), perdendo apenas para a 11ª quando atingiu o índice de zero. A categoria ‘sintoma-ambiente’ apresentou queda de 35% (de 23 para 17%), e ‘ambiente’ um aumento de 28% (de 23% para 32%).

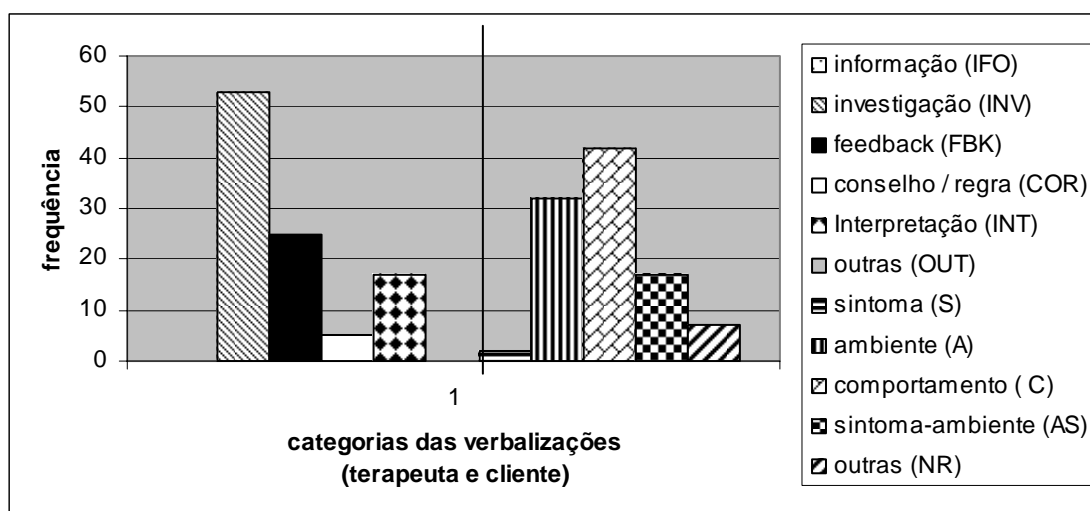


Figura 4. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a quarta sessão de atendimento (concordância de 89,7 para Terapeuta e 88,0 para Cliente).

A **Figura 5** apresenta que, para o terapeuta, a categoria mais freqüente foi ‘investigação’ (41%), agora com uma queda de 23% (antes 53%). A categoria, ‘interpretação’, apresentou leve aumento em sua freqüência (de 17% para 22%). A categoria ‘feedback’ (31%) teve sua freqüência aumentada em 19%, em comparação com a sessão anterior (25%). A categoria ‘conselho / regra’ apresentou-se estável (6%). Para a cliente, algumas categorias mantiveram-se estáveis em comparação com as duas últimas sessões: a categoria de maior freqüência continuou a ser ‘comportamento’ (atual: 43%, anteriores: 40% e 42%, respectivamente); a categoria ‘sintoma’ manteve-se com a freqüência baixa (3%); a categoria ‘sintoma-ambiente’ (atual: 16%, anteriores: 23% e 17%, respectivamente); a categoria ‘comportamento’ apresentou queda de 35% (de 23% para 17%). A categoria ambiente apresentou redução de 16%, baixando de 32 para 27%.

Os dados da **Figura 6** demonstram que, para o terapeuta, houve um aumento para a categoria ‘investigação’ (de 41% para 52%) e ‘conselho / regra’ (de 6% para 12%). A categoria ‘interpretação’ manteve-se estável (24%), e ‘feedback’ teve uma queda brusca, de 31% para 12%. Este fato pode ser explicado pelo aumento das regras fornecidas pelo terapeuta e, principalmente, pela diminuição das verbalizações da cliente a serem reforçadas, relativas à categoria ‘sintoma / ambiente’, que caiu de 16% para 4%. A categoria ‘sintoma’ permaneceu estável (3%), ‘ambiente’ dobrou em freqüência (de 27% para 54%) e ‘comportamento’ foi reduzida (43% para 24%).

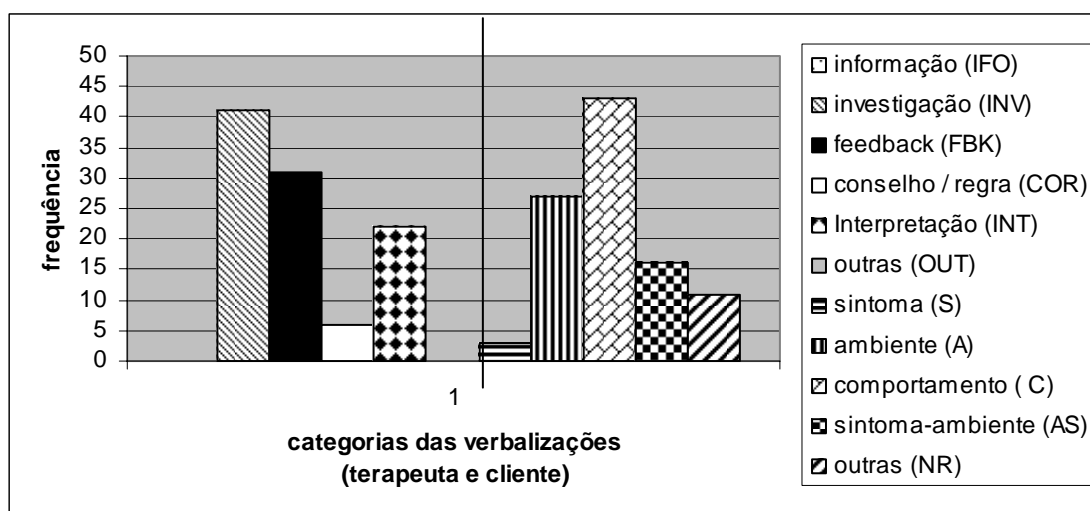


Figura 5. Frequência relativa (%) das verbalizações de paciente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a quinta sessão de atendimento (concordância de 86,1 para Terapeuta e 89,2 para Paciente).

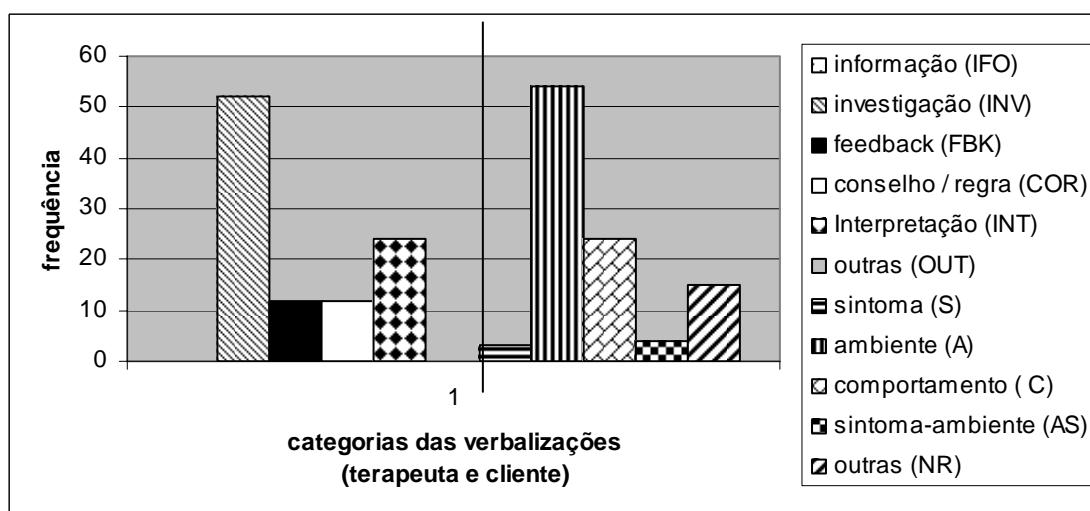


Figura 6. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a sexta sessão de atendimento (concordância de 90,9 para Terapeuta e 87,9 para Cliente).

Observa-se, na **Figura 7**, que a categoria ‘feedback’ voltou a subir, atingindo 21%. Em contrapartida, ‘conselho / regra’ reduziu-se de 12% para 5%. Para a cliente, ‘sintoma’ manteve-se em baixa frequência (5%) e ‘ambiente’ foi reduzida em dez pontos percentuais (de 54% para 44%). As categorias ‘comportamento’ e ‘sintoma / ambiente’ tiveram sua frequência aumentada passando, respectivamente, de 24% para 38% e de 4% para 13%. Este aumento de frequência é compatível com o aumento da frequência de ‘feedback’ para o terapeuta, já que são estas as verbalizações da cliente principalmente conseqüenciadas.

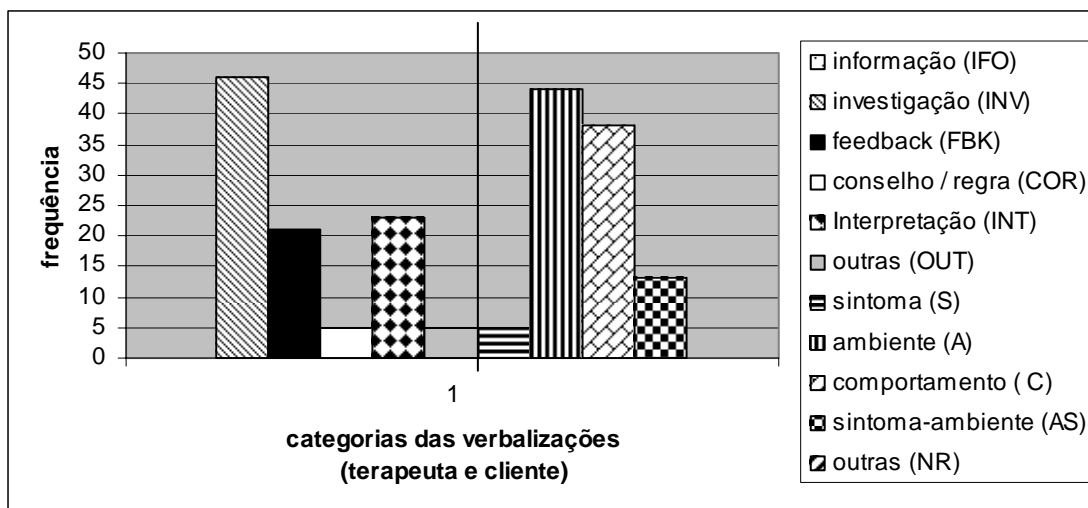


Figura 7. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a sétima sessão de atendimento (concordância de 89,7 para Terapeuta e 89,4 para Cliente).

Na **Figura 8**, os dados indicam, para as verbalizações do terapeuta, tendência semelhante à 7ª sessão, com a categoria ‘feedback’ permanecendo em ascensão (de 21% para 27%) e ‘investigação’ em queda (de 46% para 36%). Apenas para a categoria ‘conselho / regra’ houve tendência oposta, com aumento de nove pontos percentuais (de 5% para 14%). Para as verbalizações da cliente, ‘sintoma’ obteve um pequeno aumento (de 5% para 8%) e ‘ambiente’ e ‘comportamento’ foram reduzidas, respectivamente, de 44% para 30% e de 38% para 32%. A categoria ‘sintoma / ambiente’ obteve aumento importante, passando de 13 para 20%.

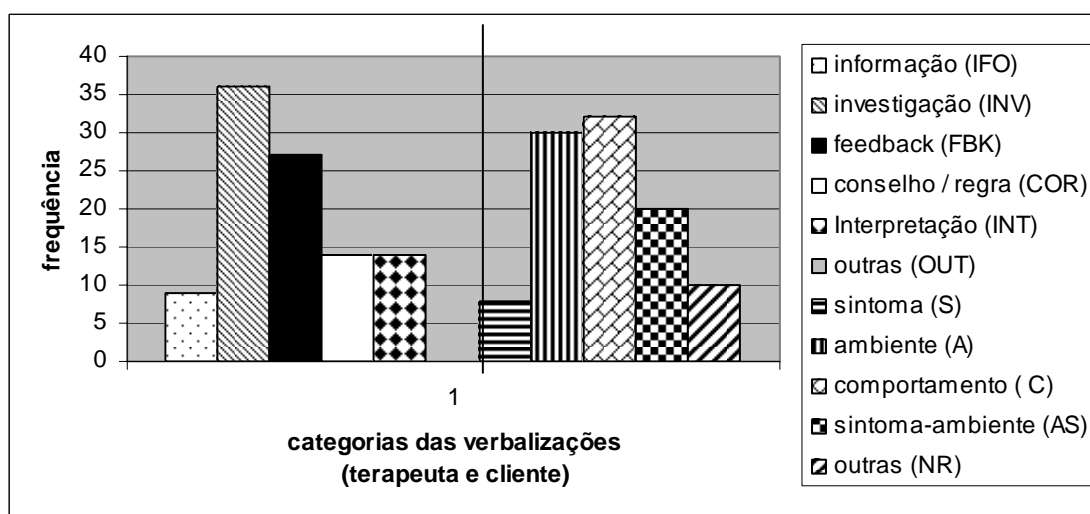


Figura 8. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a oitava sessão de atendimento (concordância de 95,5 para Terapeuta e 97,5 para Cliente).

Os dados da **Figura 9** demonstram que, para o terapeuta, houve aumento para a categoria ‘investigação’ (de 36% para 56%) e ‘conselho / regra’ manteve-se estável em 13%. As categorias ‘interpretação’ e ‘feedback’ tiveram queda significativa de, respectivamente, 8 e 5 pontos percentuais, atingindo 6% e 22%. Ao mesmo tempo, as verbalizações da cliente mantiveram-se estáveis para as categorias ‘sintoma / ambiente’ (de 20% para 18%) e ‘sintoma’ (de 8% para 7%). A categoria ‘ambiente’ teve aumento importante, atingindo quase a metade das verbalizações (46%); e com a categoria ‘comportamento’ ocorreu o inverso, sendo reduzida de 32 para 18%.

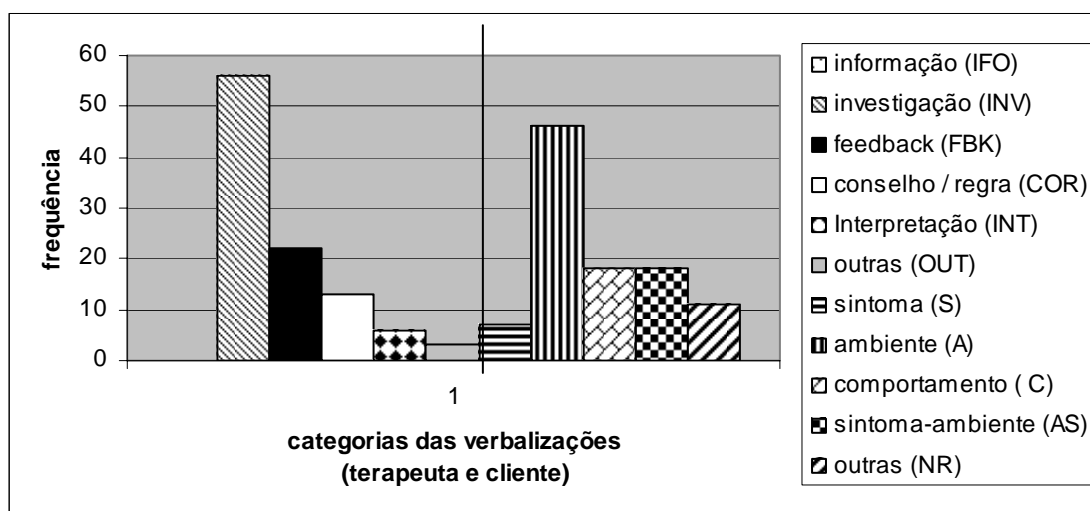


Figura 9. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a nona sessão de atendimento (concordância de 96,9 para Terapeuta e 92,9 para Cliente).

Observa-se, na **Figura 10**, que para o terapeuta, houve queda nas categorias ‘investigação’ (de 56 para 42%) e ‘feedback’ (de 22 para 17%). Em contrapartida, houve aumento para ‘interpretação’, que atingiu 16% (antes 6%). A categoria ‘conselho / regra’ manteve-se estável em 12%. Por outro lado, todas as verbalizações da cliente obtiveram alterações: ‘ambiente’ e ‘sintoma / ambiente’ foram reduzidas, respectivamente, de 46% para 28% e de 18% para 7%; com a categoria ‘comportamento’ ocorreu o inverso, havendo aumento de 18% para 27%. Para ‘sintoma’ houve uma sutil queda de 7% para 5%. As alterações mais significativas, entretanto, ocorreram para as categorias que abordavam outros assuntos não exatamente voltados à psicoterapia, tanto para terapeuta (outras: 13%) quanto para a cliente (outras: 33%). Isto ocorreu, provavelmente, pela necessidade da cliente de mudança de horário e acertos com o terapeuta, já que tinha iniciado um novo trabalho.

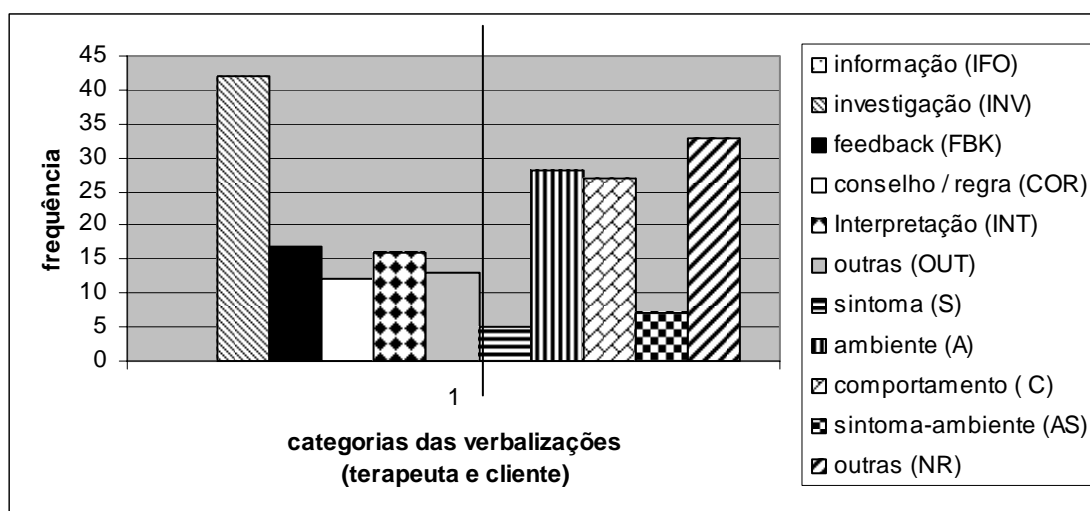


Figura 10. Frequência relativa (%) das verbalizações de paciente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a décima sessão de atendimento (concordância de 98,3 para Terapeuta e 95,4 para Paciente).

Na **Figura 11** os dados indicam, para as verbalizações do terapeuta, que as categorias ‘investigação’ (39%) e informação (0%) tiveram suas frequências praticamente inalteradas, quando comparadas à sessão anterior (respectivamente, 42% e 0%). As categorias ‘conselho / regra’ (1%) e ‘interpretação’ (5%) apresentaram queda (respectivamente, 11 e 9 pontos percentuais). A categoria ‘feedback’ (21%) teve sua frequência aumentada em 4 pontos percentuais (17% na sessão anterior), e ‘outras’ teve sua frequência aumentada (de 13% para 34%). Para a cliente, o maior aumento ocorreu para a categoria ‘ambiente’ (de 28% para 36%). As categorias ‘outras’ (35%) e ‘comportamento’ (27%) mantiveram suas frequências estáveis. Para as categorias ‘sintoma / ambiente’ (2%) e ‘sintoma’ (0%) houve redução de cinco pontos percentuais para cada uma. Para a categoria ‘sintoma’ a queda é positiva indicando, neste final da coleta de dados, que as ocorrências diminuíram de 25% na 1ª sessão para zero na 11ª sessão, o que demonstra que o relato da cliente passou a enfatizar outros aspectos no decorrer da psicoterapia.

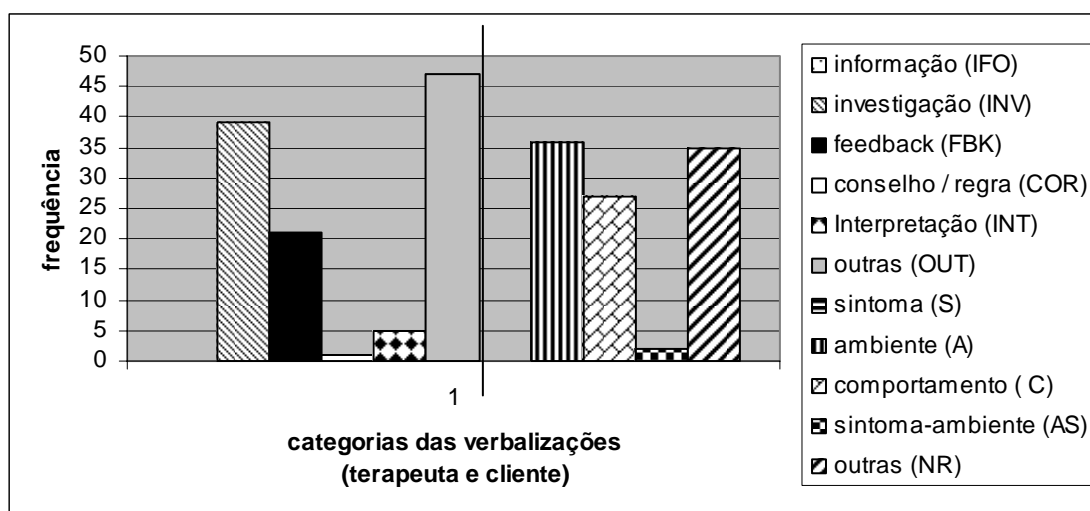


Figura 11. Frequência relativa (%) das verbalizações de cliente e terapeuta, segundo categorização dos juizes, para a décima primeira sessão de atendimento (concordância de 94,9 para Terapeuta e 94,2 para Cliente).

A categorização das verbalizações, a partir das transcrições das sessões, foi realizada com o objetivo principal de investigar a influência do comportamento verbal do terapeuta no comportamento verbal da cliente. Como mostram os dados apresentados nas **Figuras 1 a 11**, houve grande variação da frequência destas categorias ao longo das onze sessões de atendimento. As **Figuras 12 e 13** apresentam toda a evolução da modificação das frequências, contendo as onze sessões analisadas. A **Figura 12** refere-se à frequência total relativa das verbalizações do terapeuta para cada uma das seis categorias, e a **Figura 13** refere-se à frequência total relativa das verbalizações da cliente, para cada categoria.

Considerando as verbalizações do terapeuta, os dados demonstram que a categoria mais frequente em todas as onze sessões de psicoterapia foi ‘investigação’, embora seus valores tenham oscilado durante o desenvolvimento do trabalho, e havendo a tendência à queda ao longo do tempo. Estes dados são condizentes com a sua função de investigar aspectos relevantes da vida da cliente e também de oferecer dicas para que ela relatasse alguns eventos que descrevem mais precisamente as contingências em operação e não outros, como apenas seus sintomas, como discutido anteriormente.

A categoria ‘feedback’ teve sua frequência baixa no início, e foi aumentando gradativamente no decorrer das sessões, embora tenha havido algumas quedas importantes em sua frequência (ocorridas nas sessões 6, 9 e 10). Esta alteração de frequência pode ser considerada importante, já que seu valor era de 5% quando o atendimento foi iniciado (1ª sessão), atingiu o valor máximo de 31% (5ª sessão), encerrando com o valor de 21% (11ª sessão). Tais alterações são importantes por sugerirem que este procedimento do terapeuta

de fornecer conseqüências (verbalizações de aprovação) pode ter sido o mais importante para selecionar os comportamentos da cliente de relatar relações entre sintomas / comportamentos / ambiente. Nas sessões de atendimento em que a frequência dessas verbalizações do terapeuta tenha sofrido queda (sessões 6, 9 e 10), pelo menos duas hipóteses são possíveis: 1. a cliente pode não ter emitido respostas reforçáveis e/ou 2. o terapeuta pode ter deixado passar a oportunidade de reforço (deixando de emitir a verbalização correspondente a esta categoria).

A categoria ‘interpretação’ pode também apresentar essa função de aprovação, apesar de indireta, por ser uma verbalização do terapeuta que explicita as análises de contingências para a cliente e a relação entre essas e seus sintomas. Esta categoria teve sua frequência relativamente alta já na 1ª sessão (14%), sendo aumentada ao longo da intervenção. Entretanto, apresentou queda na 11ª sessão, atingindo o valor de 5%. Uma hipótese para justificar esta queda nesta sessão é de que nela houve aumento para as categorias ‘outras verbalizações’ tanto para a cliente quanto para o terapeuta, que pode ser justificada pela necessidade da cliente em acertar detalhes com o terapeuta sobre mudanças de horário por motivo de ter iniciado um novo trabalho. Este fato merece dois comentários principais. Primeiro, o engajamento da cliente em um novo trabalho pode ser indiretamente considerado um importante resultado atribuído ao processo terapêutico, já que ela estava afastada oficialmente (INSS) de seu trabalho como atendente bancária justamente por apresentar o Transtorno do Pânico, há um ano e oito meses na ocasião da entrevista para a pesquisa. Assim, juntamente com a consciência sobre a “origem” dos seus sintomas, a cliente pôde desenvolver alguns repertórios imprescindíveis para a volta ao trabalho, tais como sair sozinha, emitir opiniões, solicitar ajuda quando necessário etc. Segundo, vale ressaltar que, apesar da 11ª sessão ser a última para efeito de coleta dos dados, não foi a última de atendimento psicoterapêutico para a cliente, que continuou o processo de comum acordo com o terapeuta e o médico psiquiatra, como era previsto no contrato da pesquisa e entre as partes.

Para a categoria ‘conselho / regra’ houve alteração no sentido de aumentar e de diminuir de frequência no decorrer do processo, provavelmente dependendo do tema abordado pela cliente na sessão. A utilização desta categoria se justifica quando o terapeuta necessita de uma atuação mais direta, aconselhando a cliente sobre qual o comportamento mais apropriado em determinada situação. Os índices de frequências obtidos são condizentes com a proposta Behaviorista Radical de intervenção terapêutica, que defende que o terapeuta não tem somente a função de fornecer regras ao seu cliente. Esta seria uma

escolha acertada quando o repertório do cliente é compatível com o seguimento da regra, o que não ocorre em todos os casos e nem em todas as situações. Nestas circunstâncias, o terapeuta pode se valer das funções de analisar as contingências e os sentimentos e modelar direta ou indiretamente os comportamentos, abrindo mão das regras.

A categoria ‘informação’ teve ocorrência de 5% nas duas primeiras sessões, possivelmente porque o terapeuta necessitou informar a cliente sobre aspectos do atendimento. Esta frequência caiu a zero nas outras sessões, com exceção da 8ª sessão, quando atingiu 9% (sessão em que a cliente relatou que seu namorado a questionava e criticava por participar da psicoterapia, e o terapeuta a esclarecia sobre as vantagens e a importância do tratamento).

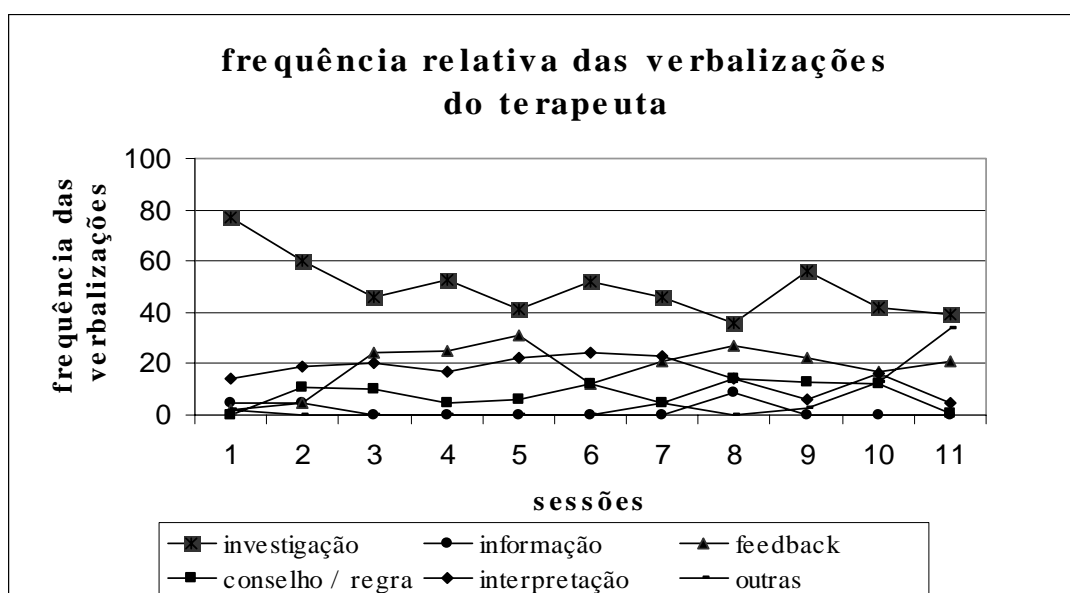


Figura 12. Frequência total relativa das verbalizações do terapeuta para cada uma das sete categorias.

Considerando agora as verbalizações da cliente, apresentadas na **Figura 13**, os dados apontam que as categorias mais frequentes em todas as onze sessões de psicoterapia foram ‘ambiente’ e ‘comportamento’, que se revezaram na liderança ao longo dos atendimentos. Estas altas frequências não esclarecem, entretanto, que se tratavam de relações elaboradas pela cliente entre ambas. Embora esta relação entre estas categorias seja um dos objetivos terapêuticos, o fato de elas superarem em frequência a categoria ‘sintoma’ é importante, por demonstrar que a cliente tornou-se cada vez mais capaz de “olhar para fora”, isto é, de ficar sob controle dos aspectos externos mais do que dos eventos privados, o que pode ser considerado um pré-requisito para que estabeleça posteriormente a relação “interno / externo”.

Nesta mesma direção, a categoria ‘síntoma’ teve importante queda no decorrer da intervenção, baixando de 25% (1ª sessão) para 0% (11ª sessão). Este resultado é positivo, indicando que o terapeuta pode ter sido capaz de extinguir estas verbalizações da cliente sobre sintomas desconectados das contingências. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva & Banaco (2001), que apontaram ser possível, numa situação clínica, levar o cliente a relatar segundo uma concepção de comportamento como produto de relações ambientais, e que ocorrem relações de controle entre as classes de verbalizações de terapeuta e do cliente.

O procedimento de extinção operante é, segundo Skinner (1953/1994), um modo efetivo de remover um operante do repertório de um organismo, sem os efeitos colaterais geralmente produzidos pela punição, e ocorre à medida que o reforço deixa de ser liberado, tornando a resposta menos e menos freqüente, por ser quebrado o elo entre ela e as conseqüências. Este autor defende ainda a concepção da psicoterapia como uma agência não punitiva. Assim, a opção pela extinção ao invés da punição é condizente com estes princípios e parece ter se mostrado eficiente em reduzir as verbalizações da cliente sobre sintomas do pânico, sendo considerada extinção operante a extinção desta classe de comportamento verbal (queixa inicial espontânea). Do mesmo modo, é possível ter ocorrido extinção dos respondentes (neste caso, os sintomas de TP) – a cliente pode ter deixado de apresentar estes respondentes mesmo quando em contato com as contingências aversivas.

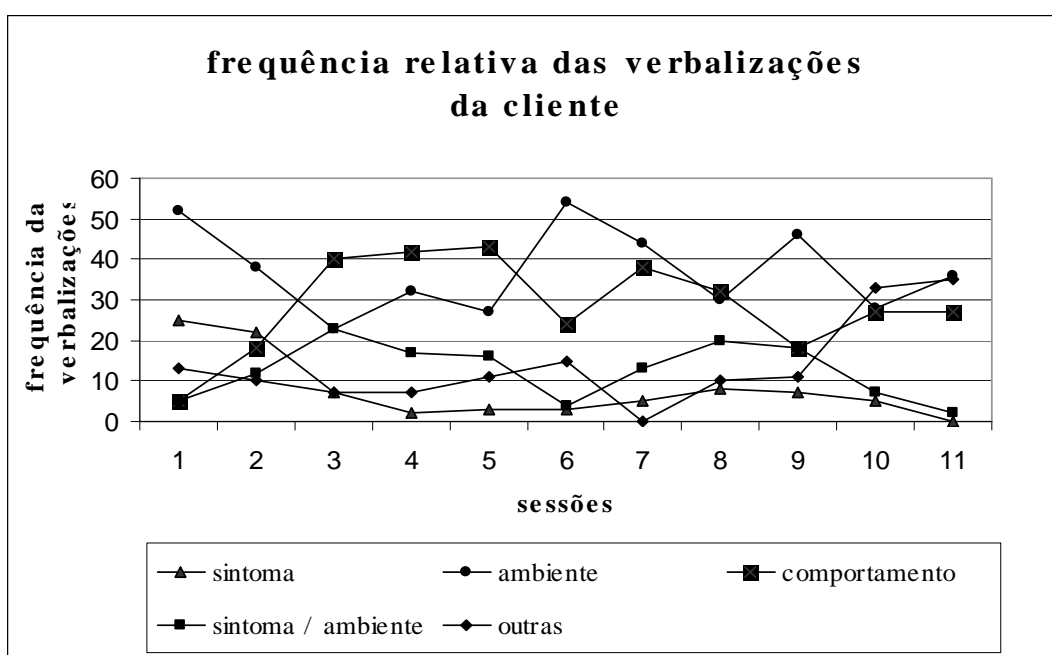


Figura 13. Freqüência total relativa das verbalizações da cliente, para cada uma das cinco categorias.

Ainda que estes relatos sobre sintomas tenham sido extintos ao longo da intervenção (**Figura 13**), foi oferecida alguma atenção por parte do terapeuta à estas verbalizações, já que ele deve ficar sob o controle dos relatos da cliente, e não apenas do seu referencial teórico. Entretanto, é notável o direcionamento das sessões para a descrição das contingências em operação. Esta decisão foi tomada justamente para oferecer à cliente uma audiência acolhedora e atenciosa, de modo que o oposto poderia evocar nela sentimentos de incompreensão e até mesmo de rejeição. Assim, o reforçamento diferencial foi bastante sutil, sem perder de vista o direcionamento defendido por Guedes (1993), de que o maior destaque na psicoterapia não deve ser dado aos eventos privados, tornando-se um equívoco sua ênfase para o objetivo de produzir informações relevantes sobre o cliente e de proporcionar a ele autoconhecimento. Esta ênfase deve ser dada às contingências de reforçamento. Do mesmo modo, Banaco (1999) defendeu que os eventos privados na prática clínica devem funcionar como pistas para a obtenção de informações sobre as contingências nas quais o indivíduo está inserido.

Inversamente proporcional à categoria ‘sintoma’ ocorreu com a categoria ‘sintoma / ambiente’, que teve aumento de sete pontos percentuais da 1ª sessão (5%) para a 2ª sessão (12%), chegando ao valor máximo de 23% (3ª sessão) e mantendo-se em índices próximos a 20% nas outras sessões. Para a categoria ‘sintoma’ a queda é considerada positiva por indicar, neste final de coleta de dados, que as ocorrências diminuíram de 25% na 1ª sessão para zero, o que demonstra que as verbalizações da cliente passaram a enfatizar outros aspectos no decorrer da psicoterapia. Este fato também pode explicar o aumento para as categorias ‘ambiente’ e ‘comportamento’. A categoria ‘sintoma / ambiente’ aumentou no desenvolvimento do processo, embora tenha sua frequência diminuída na última sessão, indicando que a cliente pode ter compreendido a relação entre estes eventos, e deixou de relatar sintomas de um modo geral (a frequência da categoria ‘sintoma’ chegou a zero – **Figura 13**). Apesar destes dados, vale ressaltar que, desde que ocorram sintomas de pânico durante sua semana, a cliente tende a relatar estes sintomas, embora a frequência deste relato tenha sido cada vez menor. Assim, o relato da cliente parece estar sob o controle de duas contingências principais: 1. a contingência da psicoterapia, com a consequência liberada pelo terapeuta na sessão e 2. a ocorrência dos sintomas em sua vida; ainda que a primeira contingência pareça controlar cada vez mais o seu relato nas sessões de atendimento.

Estes resultados são condizentes com as expectativas do presente trabalho, que pretendeu demonstrar a interferência das verbalizações do terapeuta nas verbalizações da

cliente, de modo a diminuir suas descrições sobre sintomas de maneira isolada, e aumentar as descrições sobre a relação entre sintoma e ambiente, e também proporcionar uma descrição mais acurada sobre seu ambiente e seu próprio comportamento. Assim, esperava-se diminuição apenas para a categoria ‘sintoma’ e aumento para todas as outras, como de fato os resultados demonstraram ter ocorrido. Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos (Baptistussi, 2001; Silva, 2001; Zamignani, 2001), reforçando a hipótese de que o terapeuta atua como comunidade verbal importante e diferenciada para o cliente. Nesta mesma direção, Silva (2001) e Almásy (2004) demonstraram que o procedimento de escolha pelo terapeuta sobre qual classe de respostas selecionar no processo terapêutico poderia acelerar ou retardar a instalação de comportamentos clinicamente relevantes do tipo “relatar relações entre eventos ambientais e respostas abertas”, de modo que este repertório não poderia ser exigido da cliente logo no início do processo. Como para a utilização do procedimento de modelagem é necessária uma primeira emissão de resposta por parte da cliente para compor o primeiro passo da hierarquia, é possível partir das descrições de sintomas que já são parte do repertório verbal dela para produzir descrições cada vez mais acuradas sobre a relação entre os eventos privados e as contingências, por meio do reforçamento diferencial utilizado pelo terapeuta.

Os resultados sugerem que as verbalizações do terapeuta, de um modo geral, funcionaram como ocasiões para que a cliente emitisse determinadas respostas verbais (relatos de contingências em detrimento de relatos de sintomas de maneira desconectada, comuns em sua queixa inicial espontânea), como também assumiram a função de consequência, quando este reforçava socialmente suas descrições ou analisava funcionalmente seus comportamentos, enfatizando a relação dos seus sintomas com aspectos de sua história de vida e/ou com seu ambiente atual. Assim, é provável que o terapeuta tenha atuado como uma comunidade verbal que reforçava diferencialmente outras classes de respostas verbais descritivas da cliente (sobre contingências). Este direcionamento está de acordo com a proposta Behaviorista Radical, que propõe que o terapeuta deve atuar como uma comunidade verbal não mentalista para promover consciência à cliente sobre a relação sintoma-ambiente, como uma alternativa que se distancia da relação causal do sentimento (ou sintoma) sobre o comportamento.

Nesta mesma direção, os resultados sugerem que esta atuação do terapeuta mostrou-se eficaz no desenvolvimento e na manutenção do repertório comportamental da cliente de relatar sintomas produzidos por contingências. Isso ocorreu pela utilização dos

seguintes procedimentos pelo terapeuta: 1. solicitar (perguntar) uma resposta de relato descritivo e 2. emitir comportamentos com função de consequência reforçadora, principalmente de caráter social (SR⁺). Ficou verificado, assim, que esta forma de relatar da cliente ocorreu com uma frequência cada vez maior (**Figura 13**), embora provavelmente não tenha havido consequências do tipo SR⁺ para todas as suas verbalizações (a categoria 'feedback' englobava verbalizações do terapeuta de aprovação e desaprovação, de modo que não houve categorização diferenciada entre elas. Assim não há registro preciso e específico da frequência de verbalizações do tipo SR⁺). Entretanto, como apontou Almásy (2004), pesquisas futuras poderão responder à suposição sobre o encadeamento das respostas verbais de cliente e terapeuta, com uma metodologia apropriada para este desafio.

3. Medida dos Sintomas de Pânico

A categorização das verbalizações de terapeuta e cliente foi realizada com o objetivo principal de investigar a influência do comportamento verbal do terapeuta no comportamento verbal da paciente. Todavia, uma outra medida importante, além dessa influência já demonstrada pelos resultados anteriores, é a evolução dos sintomas de pânico relatados pela própria cliente. Esta medida foi considerada importante, pois, em última análise, o objetivo da psicoterapia seria a redução destes sintomas, motivo de tanto sofrimento para esta cliente.

Para realizar esta medida, foi construído um questionário (Anexo I), que foi entregue à paciente antes de cada sessão de atendimento. Este questionário contém uma lista de sintomas, que a paciente deveria assinalar quando estes estivessem presentes na semana anterior ao atendimento, assim como o número de ataques ocorridos. A **Figura 14** apresenta graficamente a frequência semanal de ataques de pânico.

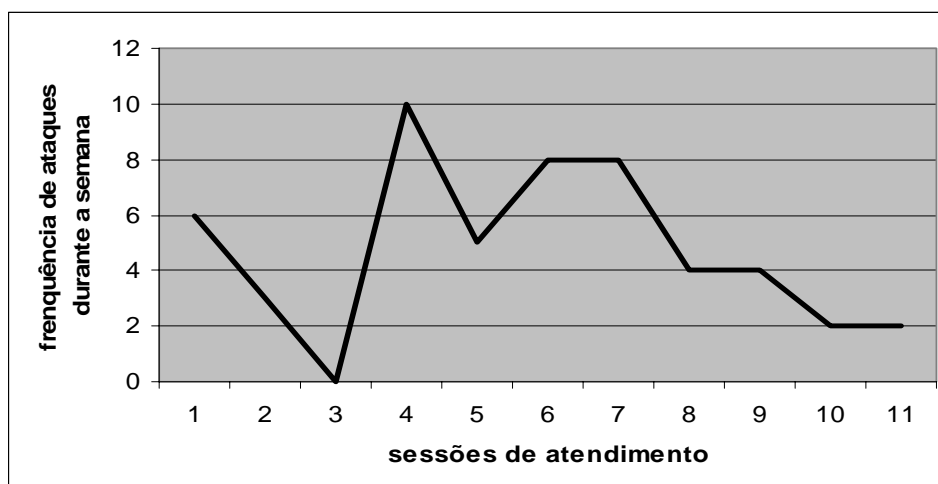


Figura 14. Frequência semanal de ataques de pânico, relatados pela cliente em resposta ao questionário, antes de cada uma das onze sessões de atendimento.

A **Figura 14** mostra que, embora a frequência tenha se concentrado, em média, entre cinco e seis sintomas, pode ser considerada uma sutil tendência à diminuição no decorrer das onze sessões. Este resultado pode ser considerado positivo, já que um dos objetivos deste trabalho era investigar se haveria a redução dos sintomas sentidos e relatados pela cliente ou, pelo menos, sua estabilização. Assim, quando sobrepostos os resultados encontrados para as frequências de verbalizações sobre sintoma e sobre relação sintoma / comportamento / ambiente (**Figuras 12 e 13**) aos resultados encontrados para as descrições da cliente sobre seus sintomas em resposta ao questionário (**Figura 14**) encontra-se, em ambos, uma queda equivalente e paralela. Estes resultados podem indicar que a consciência sobre seus sintomas (como sendo eles produtos de contingências remotas e atuais), juntamente ao desenvolvimento de repertório comportamental para combater ou se esquivar de maneira mais eficaz dos aspectos aversivos que são cotidianamente impostos em sua vida, pode ter colaborado para a diminuição destes sintomas.

Tabela 6. Intervalo de tempo decorrido entre as sessões de atendimento.

Sessões de Atendimento	Intervalo de Tempo Decorrido
1ª - 2ª sessões	1 semana
2ª - 3ª sessões	1 semana
3ª - 4ª sessões	3 semanas
4ª - 5ª sessões	1 semana
5ª - 6ª sessões	1 semana
6ª - 7ª sessões	2 semanas
7ª - 8ª sessões	1 semana
8ª - 9ª sessões	2 semanas
9ª - 10ª sessões	2 semanas
10ª - 11 sessões	2 semanas

O número de ataques ocorridos durante a semana e relatados pela cliente antes das sessões foi bastante variável, sendo encontrados valores de zero (3ª sessão) a 10 ataques (4ª sessão). Este grande intervalo pode estar relacionado a acontecimentos importantes e/ou aversivos durante a semana anterior, assim como ao intervalo de tempo que decorreu entre uma sessão de atendimento e outra, que algumas vezes foi maior que uma semana, como demonstra a **Tabela 6**. É importante ressaltar que apenas entre as sessões 3 e 4 o terapeuta desmarcou a sessão de atendimento, por motivos de saúde. Nas outras sessões, os desmarques foram solicitados pela própria cliente, principalmente quando não havia quem cuidasse do seu bebê para que ela comparecesse à sessão.

Alguns outros resultados da “avaliação clínica” e quantificação dos sintomas do Transtorno de Pânico da cliente, avaliados por ela própria e obtidos por meio do relato no questionário, estão apresentados na **Tabela 7** e na **Figura 15**, representando a evolução dos sintomas (em frequências absolutas e relativas de ocorrência).

Tabela 7. Descrição dos sintomas de pânico, no decorrer da semana, segundo relato da própria cliente, em resposta ao questionário entregue antes do início de cada uma das onze sessões de psicoterapia (S = sim e N = não).

sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	total	%
Palpitações	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11	100
Sudorese	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0
Tremores	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	3	27
Falta de ar	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	3	27
Dor torácica	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0
Náusea	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	4	36
Tontura	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	9	82
Medo de enlouquecer	N	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	7	64
Medo de morrer	S	N	S	S	N	N	S	N	N	S	N	5	45
Formigamento	N	N	S	S	N	N	S	N	N	N	N	3	27
Calafrios	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	1	9
Ataque de pânico	N	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	8	73
Preocup. novo ataque	S	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	3	27
Preocup. conseqüências	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	1	9
Alteração comport.	S	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	3	27
Agorafobia	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	10	91
Número de ataques	6	3	0	10	5	8	8	4	4	2	2	---	----

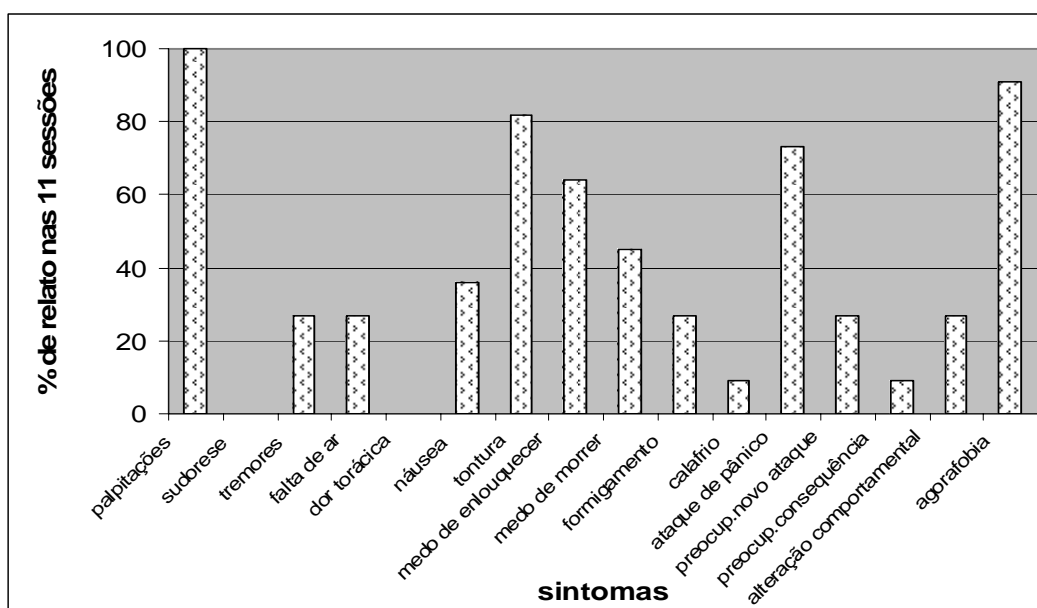


Figura 15. Frequência relativa de cada um dos 16 possíveis sintomas de pânico, segundo relato da própria cliente, em resposta ao questionário entregue antes do início de cada uma das onze sessões de psicoterapia.

A **Tabela 8** apresenta a frequência de cada sintoma de pânico, segundo relato da própria cliente, ao longo do período em que foram realizadas as onze sessões de atendimento. O sintoma mais frequente foi palpitação (15,5%), seguido por agorafobia (14,3%) e tontura (13,3%). Os sintomas sudorese e dor torácica não foram mencionados (0%), e calafrio e preocupação com um novo ataque obtiveram índices muito baixos (1,4%). A **Figura 16** expressa estes resultados em colunas que representam a porcentagem de cada sintoma.

Tabela 8. Frequência relativa de cada sintoma de pânico, segundo relato da cliente.

Sintomas	Frequência	Porcentagem
Palpitações	11	15,5
Sudorese	0	0
Tremores	3	4,2
Falta de ar	3	4,2
Dor torácica	0	0
Náusea	4	5,6
Tontura	9	12,7
Medo de enlouquecer	7	9,9
Medo de morrer	5	7,1
Formigamento	3	4,2
Calafrios	1	1,4
Ataque de pânico	8	11,3
Preocupação com novo ataque	3	4,2
Preocupação com consequências	1	1,4
Alteração comportamental	3	4,2
Agorafobia	10	14,1

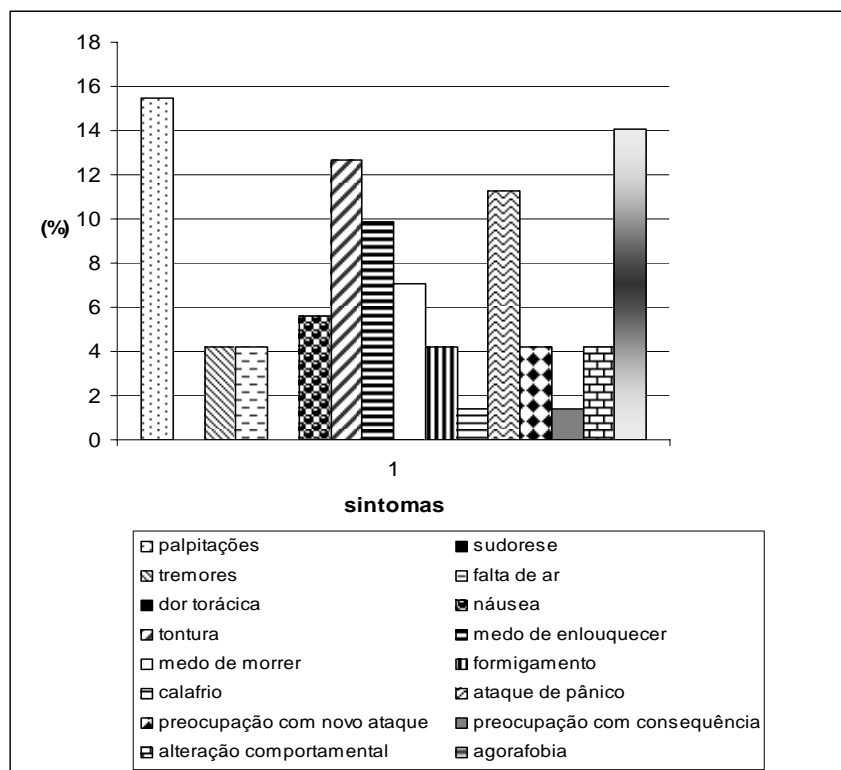


Figura 16. Frequência relativa (%) de cada sintoma de pânico, segundo relato da cliente.

Na **Tabela 9** são apresentadas as frequências totais absolutas de sintomas de pânico no decorrer da semana, independente da especificidade deste sintoma, obtidas a partir do questionário respondido pela cliente. Estes dados indicam que o número de sintomas variou durante o período de atendimento psicoterapêutico (de 4 a 12 diferentes sintomas durante a semana anterior ao atendimento). Embora a frequência tenha se concentrado, em média, entre cinco e seis sintomas, pode ser considerada uma sutil tendência à diminuição destes sintomas no decorrer das onze sessões. Este resultado pode ser considerado positivo, já que um dos objetivos deste trabalho era investigar se haveria a redução dos sintomas sentidos e relatados pela cliente ou, pelo menos, sua estabilização. A exceção ocorrida na resposta ao questionário antes da realização da 4ª sessão, na qual foram relatados pela cliente um número de 12 sintomas ocorridos na semana anterior, pode ser justificada pelo tempo decorrido - três semanas entre as sessões 3 e 4 - sendo considerado um período maior para a quantificação, como demonstrado na **Tabela 6**.

Tabela 9. Frequências totais absolutas de sintomas de pânico no decorrer da semana, independente da especificidade deste sintoma, obtidas a partir do questionário respondido pela cliente.

sessão	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
Freq. sintomas	7	6	6	12	4	6	8	5	5	7	5

Com o objetivo de ilustrar qualitativamente os dados, as **Figuras 17 a 20** apresentadas a seguir demonstram alguns trechos literais das sessões de atendimento, com a respectiva categoria atribuída e concordada pelos juízes.

O trecho apresentado na **Figura 17**, referente ao início da primeira sessão, ilustra a tendência da cliente em descrever os seus sintomas e o caminho por ela percorrido com o objetivo de afastá-los (procura por algumas especialidades médicas, realização de exames cardíacos, ingestão de medicamentos etc). Esta trajetória é bastante comum aos pacientes que sofrem de TP, em função dos sintomas serem, inicialmente, semelhantes aos de um ataque cardíaco. Fica evidente, assim, a alta frequência com que a categoria ‘sintoma’ aparece no início deste atendimento. A outra categoria que aparecesse com frequência é ‘ambiente’. Vale ressaltar que a cliente, neste momento, faz algumas menções ao seu ambiente sem, no entanto, relacionar estes eventos (sejam passados ou atuais) aos seus sintomas. Este é o repertório que o terapeuta deverá ajudar a cliente a desenvolver.

Quanto ao terapeuta, neste trecho (princípio do atendimento) as verbalizações estão concentradas na categoria ‘investigação’ (100%). Embora sejam todas as suas verbalizações pertencentes à mesma categoria, é notável que o terapeuta não investiga somente aspectos relacionados aos sintomas em si, mas também aspectos referentes ao ambiente e à história de vida da cliente. Estas informações serão cruciais para que ele componha a análise de contingências e possa explicitá-la à cliente, relacionando sintoma e ambiente.

No trecho apresentado na **Figura 18**, referente à terceira sessão de atendimento, é possível observar algumas tentativas da cliente em realizar relações entre seus sintomas e as situações nas quais é mais provável que eles aconteçam. Este seria o início da compreensão da relação entre sintoma e ambiente, e as verbalizações atribuídas nesta categoria para a cliente neste trecho ocorrem com alta frequência. As verbalizações do terapeuta, por sua vez, aumentaram de frequência quanto à categoria ‘interpretação’, justamente com o objetivo de esclarecer à cliente a relação entre os eventos ambientais que ela citava (atuais ou passados) e os sintomas.

A **Figura 19** apresenta um pequeno trecho selecionado da quarta sessão de atendimento. É possível notar que a cliente descreve alguns de seus sintomas e o terapeuta, em sua intervenção por meio de algumas perguntas, ajuda para que ela compreenda o contexto em que os sintomas aparecem e a importância de ficar sob o controle de outros

estímulos que não os orgânicos, caracterizando que o contato com outros aspectos do ambiente auxilia no combate às crises.

T: Então, faz dois anos que você teve a primeira crise? (INV)

C: Eu acabei me recordando que foi até antes, mas eu não tinha me dado conta que era pânico. Eu achava que era o coração. A primeira vez que eu me dei conta, eu estava numa perua de lotação, e me deu uma sensação horrível, minha perna começou a tremer, meu coração começou a acelerar, minha mão começou a suar, aí eu desmaiei, na hora que eu acordei eu já tava no hospital, e é uma sensação horrível, de ter desmaiado. (S)

T: E você ficou quanto tempo, você acha, desmaiada? (INV)

*C: Ah, eu não sei, cerca de 10 minutos, da primeira vez. Estava muito calor nesse dia, muito quente, pensei que era queda de pressão (S)
uma amiga me ligou e perguntou: o que aconteceu que você não vem trabalhar? Falei pra ela: não sei nem onde eu estou. Eu estava indo trabalhar, a minha mãe foi me pegar no hospital, essa minha amiga acabou saindo do trabalho e foi lá também encontrar com a minha mãe para ver como eu estava (A)
a partir daí, eu procurei um cardiologista, e ele falou que eu não tinha nada no coração, eu continuei insistindo. (S)*

T: E você, fez todos os exames? (INV)

C: Fiz todos os exames, e não deu nada, e a sensação continuava, e nessa mesma semana eu sentia isso, e aí eu entrei em desespero, eu achava que eu ia morrer. Ele resolveu me encaminhar para o psiquiatra, e ele que me encaminhou pra terapia. (S)

T: Faz dois anos desde a primeira crise, e você está afastada desde então? (INV)

C: Não, eu engravidei nesse período, eu pedi para o psiquiatra que me afastasse, eu estou afastada.(A)

(...)

T: Você acha que o medicamento não está te ajudando? (INV)

C: Não, hoje acho que não.(S)

T: E por que você acha isso? (INV)

C: Ah, porque eu ainda sinto muita tristeza, e eu achava que o remédio fosse mais potente.(S)

T: E você me contou que passou vários problemas na sua vida, tem a ver com esses problemas? (INV)

C: Eu tenho um irmão drogado, ele trocou tudo em casa, ele trocou rádio, trocou televisão, e desde antes de eu nascer; porque eu sou a filha caçula; tudo que eu sempre tive ele sempre quis, quando eu ganhei a minha primeira bicicletinha rosa, ele queria.Sempre teve muito ciúmes. Por ser a filha caçula, ele não queria mais ter irmã e veio a filha caçula, sei que ele sempre foi muito implicante comigo, dizia que a minha mãe dava tudo pra mim, e minha mãe é separada, meu pai também sempre bateu muito nele, eu e minha irmã, por sermos meninas, meu pai quase não bateu... (A)

Figura 17. Trecho selecionado referente à primeira sessão de atendimento.

T. Sobre dar uma voltinha lá, não deu? (INV)

C. *Então eu fui dois dias, mas não foi muito longe também.*(SA)

T. Mas você foi por dentro ou por fora? (INV)

C. *Por fora não dá, meu condômino é um pouco perigoso.* (SA)

T. E nos dias que você saiu, o que você sentiu? (INV)

C. *Então eu saio, mas já me sinto ansiosa, eu me sinto; sabe quando você sai e não a hora de voltar? Quer fazer tudo rápido, eu me sinto assim.*(SA)

T. E voltar pra casa? (INV)

C. *É.* (NR)

T. Quando você vem pra cá você pensa também em voltar logo? (INV)

C. *Não, agora quando eu estou sozinha eu fico pensando em que caminho eu vou fazer, pra eu não pegar trânsito, pra não parar no semáforo, se eu fico parada no semáforo me dá mais ansiedade, e no caminho mais rápido eu fico pensando também,* (SA)

T. Se você está acompanhada de alguma forma você sente mais segurança. Fica claro, no meu modo de ver, que não é a pessoa em si que te dá segurança, porque pode até ser uma pessoa que não conheça o caminho... (INT)

C. *É, porque pode ser até o meu sobrinho de 11 anos, e eu fico tranqüila com ele.* (SA)

T. Você tinha uma vida super independente, fazia suas coisas, trabalho, e ficou totalmente dependente e parada também, e de alguma forma que você não consegue resgatar isso. (INT)

C. *(choro, silêncio) eu queria, mas não consigo.* (S)

T. E por algum motivo isso acabou parando a sua vida geral. Nesse tempo aconteceu muita coisa também que aumentou a sua carga de responsabilidade, como por exemplo a sua filha. Que apareceu nessa época, não foi? Que é mais uma responsabilidade na sua vida. (INT)

Figura 18. Trecho selecionado referente à terceira sessão de atendimento.

A **Figura 20** apresenta um trecho referente à sétima sessão de atendimento, que exemplifica alguns retornos dados pelo terapeuta à cliente, que poderiam ser funcionalmente nomeados de conseqüências reforçadoras positivas para as verbalizações dessa cliente. Diante dessas verbalizações, o terapeuta concorda com as descrições apresentadas pela cliente sobre seus comportamentos e conseqüencia, concordando enfaticamente com aquelas verbalizações que descrevem relações entre seus sintomas e seu ambiente, como pode ser observado no final do trecho.

T. E onde você trabalha? (INV)

C. *É no centro. No primeiro dia eu cheguei lá e contei, tomei remédio. (S)*

T. Conseguiu ficar lá? (INV)

C. *Consegui. (C)*

T. E ontem você veio de ônibus? (INV)

C. *É, ontem eu consegui voltar de ônibus. (C)*

T. Olha que interessante! (FBK)

Como é que foi? (INV)

C. *Ah, foi ruim. Ela foi comigo até o ponto porque eu não sabia tomar o ônibus até em casa, daí veio a perua, aí começou a me dar aquela sensação assim, ruim sabe, aquele aperto na barriga. (S)*

Eu comecei a me distrair, tudo que eu podia fazer eu fazia, comecei a conversar com uma senhora, perguntei se ela sabia onde que passava o 512, que é um ônibus que passa perto de casa. (SA)

T. E essa tentativa de conversar e focar a atenção, melhora? (INV)

C. *Ajuda. (SA)*

T. Porque você acha que ajuda? (INV)

C. *Porque distrai. (SA)*

T. Você acha que distrai? Coloca a sua atenção também em outra coisa importante. Como saber onde passa o ônibus, já que faz tempo que você não anda de ônibus, e tem outras coisas que são importantes, como não ficar sob controle do medo. (FBK)

C. *E teve outra coisa que ele (namorado) falou pra mim no sábado, que eu vivia em função dele. (A)*

T. E por isso você fica nervosa? (INV)

C. *Não, não é por isso que eu fico nervosa. Mas ele quis dizer que eu não faço outras coisas. Porque tudo que eu quero fazer, ele me proíbe. Se eu quero tomar sol, se eu vou no parquinho, se eu quero ir na casa de uma amiga, ele briga; então fica muito no “não sai disso, não sai disso”. Então eu acho que, no nosso relacionamento, quando a gente se une, a gente se proibiu muito um ao outro. (SA)*

Figura 19. Trecho selecionado referente à quarta sessão de atendimento.

C. Daí eu não fiz isso porque na verdade isso só ia gerar mais briga. Eu não vou pedir nada além do que ele (namorado e pai da sua filha) vai ter que pagar para a minha filha. Se ele quiser passar vergonha perante o juiz é ele, e não eu. (C)

T. É, porque esta situação é um direito. (FBK)

C. Da criança. (C)

T. É, da criança! (FBK)

C. Claro que quem vai passar vergonha é ele; porque quem tem carro é ele, quem tem moto é ele, quem vai passar vergonha é ele porque a criança precisa comer.(A)

T. Ele tem um carro e uma moto? (INV)

Tem razão. É provável que ele tenha que vender a moto, alguma coisa, e pagar outra. A pensão é importante; e ela é calculada pelo valor do salário da pessoa. (FBK)

C. É, pelo valor do salário, incluindo décimo terceiro, férias, hora extra; ele vem falar de acordo e eu não quero saber. Porque depois eu não vou voltar mais com ele, desta vez não. Porque não dá mais. É obrigação dele, eu não tenho porque me envergonhar de pedir pensão, até porque agora eu fiquei desempregada. Eu sempre ajudei a comprar as coisas, então eu não tenho porque me envergonhar de nada. Agora eu vou ter que arcar com todas as coisas sozinha? Eu moro com a minha mãe a casa não é minha, então eu acredito que quem vai passar vergonha é ele e não eu. (C)

T. É você tem que pensar nela. Porque é um direito dela. (COR)

C. É eu já estou com advogada para ver isso. (C)

T. Que bom ver você cuidando dos seus direitos. (FBK)

Acho que esse problema com o seu namorado precisa ser resolvido, mas você continua dependendo de mudanças suas para atingir suas perspectivas. Também no trabalho, pra mudar sua vida. (INT)

E está conseguindo. Até sua atitude de voltar pro trabalho até o fim, sem faltar, isso mostra que você está caminhando. Na terapia também é uma amostra de que você está querendo mudar a sua vida. (FBK)

E porque que a sua amiga falou que acha que você volta com ele? Você transparece algum tipo de indecisão? (INV)

C. Eu gosto dele, mas se for pra ficar todo dia passando nervoso... Eu gostaria que ele fizesse isso, ou aquilo, e ele nunca faz. Parece que eu tenho uma bola aqui no estômago. A minha amiga perguntou: o que ele fez desta vez? Daí eu disse não o que ele fez, é o que ele não faz! (SA)

T. Ao contrário! (FBK)

C. Ao contrario! Porque me incomoda mais estar com ele e saber que ele não está fazendo nada que preste, do que não estar e ele continuar a fazer as coisas.(SA)

T. Porque você fica o tempo todo tensa, como: será que ele vai chegar? (INT)

Figura 20. Trecho selecionado referente à sétima sessão de atendimento.

T: Quais são as expectativas em relação às entrevistas de hoje, o que você está pensando, quais as dificuldades que pode encontrar? (INV)

C: A única dificuldade que eu posso encontrar é comigo mesma, ter taquicardia, suar frio, a única coisa que pode me atrapalhar, de resto... (SA)

T: O que falar, como fazer, isso não incomoda? (INV)

C: Não, agora se começar a me dar sintoma, que eu vou ter uma crise, ai eu não quero ficar pensando nisso (SA)

T: Eu acho que pode te acalmar a seguinte compreensão: pensar que você tem sintomas quando existe alguma relação com o problema que está vivendo no momento, uma situação que gera alguma dificuldade. (INT)

Agora, se você vai segura e sabe como falar, o que fazer, não teria porque você ter, entendeu? Por isso que eu perguntei como você está pensando em falar, como agir, se você está com essa segurança de saber como se comportar, pode ter certeza que você não vai sentir nada. (COR)

Figura 21. Trecho selecionado referente à décima primeira sessão de atendimento.

Na **Figura 21** está apresentado um trecho da 11ª sessão, no qual está explicitada uma verbalização do terapeuta categorizada como ‘feedback’ do tipo ‘reforço positivo’, logo após uma verbalização da cliente categorizada como ‘sintoma-ambiente’. Este trecho ilustra como o terapeuta consequenciou a verbalização da cliente quando esta estabeleceu uma relação entre a possibilidade de sofrer uma crise de pânico e o ambiente (no caso, entrevista de trabalho).

De maneira geral, os dados sugerem que o comportamento verbal da cliente (verbalizações) foi reforçado diferencialmente, possibilitando a ela desenvolver e manter descrições dos seus sintomas concatenadas ao seu ambiente, compreendendo a relação funcional entre ambos. Esta é uma análise condizente com a filosofia do Behaviorismo Radical, inclusive porque o comportamento verbal da cliente foi alterado e produzido pelo comportamento verbal do terapeuta.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi verificar a ocorrência de mudança no relato verbal sobre auto-observação e descrição de sintomas para o relato de observação e descrição da relação comportamento / sintoma / ambiente, para uma cliente diagnosticada com Transtorno do Pânico, a partir de intervenções verbais de um terapeuta Behaviorista Radical. Os resultados sugerem que a mudança nas frequências de verbalizações da cliente possivelmente ocorreu em função do procedimento de reforçamento diferencial utilizado pelo terapeuta, ao longo das onze sessões de atendimento.

Estes resultados vêm contribuir com a prática clínica baseada na filosofia do Behaviorismo Radical em vários aspectos. Um primeiro aspecto é o fato de que, através do procedimento utilizado, foi possível demonstrar, em uma situação clínica “natural”, que o comportamento do cliente de relatar é selecionado (no caso, pelo terapeuta), como qualquer outro comportamento, seguindo uma concepção de comportamento como produto de relações ambientais.

O segundo destaque é dado ao atendimento direcionado aos pacientes diagnosticados com Transtorno de Pânico. Embora a discussão apresentada refira-se apenas a uma cliente, exemplifica a inconsciência por parte dela quanto à “natureza e origem” dos seus sintomas, de modo que, em sua queixa inicial espontânea, geralmente foram relatados sintomas em detalhes, porém sem a identificação das contingências que os produzem.

Um terceiro ponto refere-se à contribuição do procedimento proposto para o avanço da pesquisa aplicada (atendimento clínico), particularmente dos transtornos ansiosos, a partir de uma abordagem Analítico-Comportamental.

O quarto aspecto une-se ao terceiro, no sentido de que este procedimento de coleta e análise dos dados pode também ser utilizado, além da pesquisa, para o avanço do conhecimento sobre psicoterapia, na medida que esta descrição cuidadosa pode atuar como base para a formação de futuros analistas de comportamento, em processos de ensino e de supervisão clínica.

Outra questão importante refere-se à escolha metodológica do caso único, ou seja, do sujeito como o seu próprio controle. Assim, as considerações aqui apresentadas são

verdadeiras para este atendimento e esta cliente, e sua generalização deve ser cuidadosa. Embora pesquisas semelhantes tenham encontrado resultados também semelhantes, este estudo priorizou a utilização deste procedimento para o tratamento do Transtorno do Pânico. Neste sentido, são necessárias novas pesquisas para determinar o grau de generalização destes achados.

Assim procurou-se, com esta pesquisa, contribuir para uma melhor atuação dos psicólogos clínicos em benefício dos seus clientes. Entretanto, várias outras pesquisas devem ser realizadas, para que este conhecimento seja constantemente construído e revisado, e para que os comportamentos dos clínicos e dos pesquisadores possam ser selecionados por contingências cada vez mais naturais e que beneficiem a comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

- Almásy, C.A. (2004). *Efeitos da consequenciação na sessão terapêutica*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Andrade, L.H.S.G., Lotufo-Neto, F., Gentil, V., Maciel, L.M.A., Shavitt, R.G. & Bernik, M.A. (1997). Classificação e Diagnóstico dos Transtornos Ansiosos. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.2
- Andrade, L.H.S.G.; Gorenstein, C.; Ito, L.M. & Bernik, M.A. (1997). Psicofarmacoterapia e Terapia Cognitivo-Comportamental. Em: L.M.Ito (org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, cap.11
- Associação Psiquiátrica Americana (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. (D.Batista, Trad.) 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. (original publicado em 1994)
- Banaco, R.A. (1999). O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol.1, nº2, pp.135-142
- Baptistussi, M.C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução dos efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Bernik, M.A., Lotufo-Neto, F. & Andrade, L.H.S.G. (1997). A importância médico-social dos Transtornos Ansiosos. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.3
- Barrouin, M.S. (2001). *O manejo de repertórios assertivos, passivos e agressivos por uma terapeuta de abordagem analítico-comportamental: uma análise da interação verbal em sessões terapêuticas de um caso de depressão*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Caetano, D. (1987). Impacto sócio-econômico-familiar da doença do pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 3(36), pp.161-165
- Catania, C.A. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. (D.G.Souza & cols., Trads.). Porto Alegre: Artes Médicas Editora. (original publicado em 1998)
- Cavalcante, S.N. (1997). Notas sobre o fenômeno de depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 17 (2), pp.02-12

- Cesar, G. (2001). Da queixa espontânea à descrição das contingências de reforçamento. Em: H.J.Guilhardi & cols. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.8. São Paulo: Editora ESETEC, pp.35-48
- Chequer, M.A.A. (2002). *Estudo metodológico da medida de fidedignidade entre juizes na categorização de respostas verbais-vocais de terapeuta e cliente em duas condições de trabalho*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Del Ben, C.M. & Kerr-Correa, F. (1999). Transtorno do pânico e depressão maior: uma revisão da comorbidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 7(48), pp 299-306
- Delitti, M. (1993). O uso de encobertos na Terapia Comportamental. *Temas em Psicologia*, nº 2, pp.41-46
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em: M.Dellitti (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.2. São Paulo: Editora ARBytes, pp.35-42
- Delitti, M. (2000). *DSM: um cavalo de Tróia entre nós?* ABPMC Contexto (Boletim Informativo da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental). nº 20, pp.6-7
- de Rose, J.C.C. (1994). O livro *Verbal Behavior* de Skinner e a pesquisa empírica sobre comportamento verbal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, pp.495-510
- de Rose, J.C.C. (1997). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em: R.A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.1. São Paulo: Editora ARBytes, pp.148-164
- Figueira, I., Coscarelli, P., Nardi, A.E., Mendlowicz, M., Marques, C., Camisão, C., Andrade, Y. & Versiani, M. (1994). Comparação entre fobia social e transtorno do pânico: psicopatologia geral e qualidade de vida. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5(43), pp 285-289
- Figueiredo, L.C.M. (1985). Um capítulo na história do conhecimento científico do indivíduo: a metodologia experimental de caso único. *Psicologia*, 11 (2), pp.1-25
- Forsyth, J.P. (1999). A process-oriented behavioral approach to etiology, maintenance and treatment of anxiety-related disorders. In: M.J. Dougher (ed.). *Clinical Behavior Analysis*. Chapter 7, 153-180. Reno: Context Press.
- Garcia, R.M. (2000). *Transtorno do Pânico: avaliação clínica comportamental*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Campinas, SP
- Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.1

- Gentil, V. (1997). Transtorno de Pânico. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.7
- Gorenstein, C., Bernik, M.A., Ramos, R.T., & Gentil, V. (1997). Bases biológicas da ansiedade. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.4
- Gorestein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A.W. (1999). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. Versão atualizada e ampliada da Revista de Psiquiatria Clínica, vol.25, n^{os} 5 e 6, 1998; n^{os} 1 e 2, 1999
- Guedes, M.L. (1993). Equívocos da terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, n^o 2, pp.81-85
- Guilhardi, H.J. (2004). *Problemas e perspectivas na análise aplicada do comportamento: o caso da clínica*. Recuperado em 08 de abril, 2004: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br>
- Hersen, M. & Barlow, D.H. (1977). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press Inc.
- Hübner, M.M.C. (1997). O que é comportamento verbal? Em: R.A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.1. São Paulo: Editora ARBytes, pp.135-137
- Isolan, L.R.; Zeni, C.P.; Mezzomo, K. et al. (2005). Behavioral inhibition and history of childhood anxiety disorders in Brazilian adult patients with panic disorder and social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.27, n^o2, p.97-100
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. Em: E.J.Mash & L.G. Terdal (eds.). *Behavior Therapy Assessment*. New York: Springer Publishing Company, chapter 5
- Kapczinski, F.; Ribeiro, L.; Busnello, J.V. & Sant'Anna, M.K. (2003). Transtorno de Pânico: um guia de orientação para pacientes e familiares. Porto Alegre: Artmed Editora
- Kovac, R. (2001). *Uma comparação metodológica entre duas propostas metodológicas para a análise do registro de uma interação verbal em uma situação aplicada – o setting clínico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Lotufo-Neto, F. & Ito, L.M. (1997). Transtorno de pânico com agorafobia. Em: L.M. Ito (org.) *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, cap.1
- Malerbi, F.E.K. & Matos, M.A. (1992). A análise do comportamento verbal e a aquisição de repertórios auto-descritivos de eventos privados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v.8, n^o3, pp.407-421

- Margotto, A. (1998). *Identificando mudanças na interação verbal em situação clínica*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, SP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
- Marques, C., Figueira, I., Mendlowicz, M., Nardi, A.E., Andrade, Y., Coscarelli, P., Camisão, C. & Versiani, M. (1995). Comorbidade: fobia social e transtorno do pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 3(44). pp.143-148
- Martinelli, J.C.M. (1997). *Classificação diagnóstica na clínica comportamental: função e utilidade*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Campinas, SP
- Matos, M.A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: a filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, 42 (8), pp.585-592
- Matos, M.A. (1997). Com que o Behaviorismo Radical trabalha. Em: R.A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.1. São Paulo: Editora ARBytes, pp.45-53
- Matos, M.A. (1998). Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical. Em: B.Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, pp.27-34
- Matos, M.A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, v.16, nº 3, pp.8-18
- Matos, M.A. (2004). *Obra de Skinner vai além do positivismo lógico*. ABPMC Contexto (Boletim Informativo da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental), nº 29
- Meyer, S.B. (1997). O conceito de análise funcional. Em: M.Dellitti (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.2. São Paulo: Editora ARBytes, pp.29-34
- Moreira, S.B.S. (2003). Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.16, no 1
- Moriyama, J.S. (2003). *Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Campinas, SP
- Nascimento, I.; Lopes, F.; Valença, A.; Mezzasalma, M.A.; Nardi, A.E. (2004). Transtorno do pânico e gravidez. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.26, nº3, p.211-212
- Oliveira, W. (2001). Terapia por contingências: o terapeuta como comunidade verbal anti-internalista. Em: H.J.Guilhardi & cols. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.8. São Paulo: Editora ESETEC, pp.297-312
- Pereira, M. E. C., Caetano, D. & Valler, E. H. R. (1987). Diagnóstico diferencial entre desordem de pânico e doença física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 2(36). pp 77-84

- Queiroz, P.B.P.S. & Guilhardi, H.J. (2001). Identificação e a análise de contingências geradoras de ansiedade: caso clínico. Em: H.J.Guilhardi & cols. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.7. São Paulo: Editora ESETEC, pp.257-268
- Ramos, R.T., Cordas, T.A., Gentil, V. & Gorenstein, C. (1997). Tratamentos farmacológicos para os Transtornos Aniosos. Em: V.Gentil, F.Lotufo-Neto, & M.A.Bernik (orgs.). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 3ª ed., cap.11
- Rangé, B. & Bernik, M.A. (2001). Transtorno de Pânico e Agorafobia. Em: B. Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, pp.145-182
- Savoia, M.G. & Bernik, M. (2004). Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clínicas*, vol.59, nº6, p.337-340
- Silva, A.S. & Banaco, R. (2000). Investigação dos efeitos do reforçamento, na sessão terapêutica, sobre três classes de respostas verbais do cliente. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 2, nº 2, pp. 123-136
- Silva, A.S. (2001). Investigação dos efeitos do reforçamento, na sessão terapêutica, de relatos de eventos privados, relatos de relações entre eventos privados e variáveis externas e de relatos de relações entre eventos ambientais e respostas abertas. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Silvares, E.F.M. e Banaco, R.A. (2000). O estudo de caso clínico comportamental. Em: E.F.M.Silvares (org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. vol. 1. Campinas: Papirus Editora
- Silveira, J.M. & Kerbauy, R.R. (2000). A interação terapeuta-cliente: uma investigação com base na queixa clínica. Em: R.R.Kerbauy (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.5. São Paulo: Editora ESETEC, pp.213-221
- Skinner, B.F. (1978). *O comportamento verbal*. (M.P.Villalobos, Trad.). São Paulo: Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo. Cap.1. pp.15-27. (original publicado em 1957)
- Skinner, B.F. (1982). *Sobre o Behaviorismo*. (M.P.Villalobos, Trad.). São Paulo: Editora Cultrix. (original publicado em 1974)
- Skinner, B.F. (1994). *Ciência e comportamento humano*. (J.C.Todorov & Azzi, R., Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (original publicado em 1953)
- Skinner, B.F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental*. (A.L.Neri, Trad.). Campinas: Editora Papirus. (original publicado em 1989)

- Souza Filho, R.C. (2000). *Assertividade e passividade na Terapia Analítico-Comportamental: análise de um atendimento clínico em estágio supervisionado*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
- Terra, M.B.; Figueira, I. & Athayde, L.D. (2003). Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol.25, nº3, p.436-443
- Terra, M.B.; Figueira, I. & Barros, H.M.T. (2004). Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients. *Revista Hospital das Clínicas*, vol.59, nº 4, p.187-192
- Todorov, J.C. (1985). O conceito de contingência tríplice na análise do comportamento humano. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v.1, nº1, pp.75-88
- Torós, D. (1997). O que é diagnóstico comportamental. Em: M.Dellitti (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.2. São Paulo: Editora ARBytes, pp.94-99
- Torres, A.R. & Crepaldi, A.L. (2002). Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, nº 3, pp.144-151
- Tourinho, E.Z. (1999). Eventos privados: o que, como e por que estudar. Em: R.R.Kerbaui & R.C.Wielenska (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.4. São Paulo: Editora ESETEC, pp.13-25
- Tourinho, E.Z. (2000). *DSM: um cavalo de Tróia entre nós?* ABPMC Contexto (Boletim Informativo da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental). nº 20, pp.6-7
- Tourinho, E.Z. & Cavalcante, S.N. (2001). *Por que Terapia Analítico-Comportamental*. ABPMC Contexto (Boletim Informativo da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental). nº 23, p.10
- Valença, A., Nascimento, I., Nardi, A.E., Marques, C., Figueira, I. & Versiani, M. (1998). Pânico e suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 12(47). pp 647-655
- Valença, A.M., Nardi, A.E., Nascimento, I., Mazzasalma, M. A. & Zin, W. (2000). Ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono: etiopatogenia, bloqueio através de psicofármacos e terapia cognitivo-comportamental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 3(49), pp. 69-80
- Vandenberghe, L. (2001). As principais correntes dentro da Terapia Comportamental – uma taxonomia. Em: H.J.Guilhardi & cols. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.7. São Paulo: Editora ESETEC, pp.179-188
- Versiani, M., Nardi, A.E., Figueira, I., Andrade, Y., Mendlowicz, M., Marques, C. & Coscarelli, P. (1995). Diagnóstico e tratamento do transtorno do pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 2(44), pp 99-102

- Wielenska, R.C. (2000). A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 2, nº 1, pp. 9-19
- Yano, Y., Meyer, S.B. & Tung, T.C. (2003). Modelos de tratamento para o Transtorno do Pânico. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, v.20, nº 3, pp.125-134
- Zettle, R.D. (1990). Rule-governed behavior: A radical answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, 40, pp.41-49
- Zamignani, D.R. (2001). *Uma tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento no atendimento do clientes com e sem o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP
- Zamignani, D.R. & Andery, M.A.P.A. (2005). Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.21, nº 1, pp.109-119
- Zorzetto, R. (2003). Ataque contra o pânico. *Pesquisa FAPESP*, nº 84, pp.30-35

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (psiquiatra)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o tratamento psicoterapêutico do Transtorno do Pânico. Sua participação consiste na avaliação, segundo os critérios recomendados pelo DSM-IV, de um paciente, para diagnóstico de Transtorno do Pânico e posterior encaminhamento deste paciente para psicoterapia (caso este também concorde participar da presente pesquisa). Você também deverá responder algumas questões à pesquisadora sobre sua experiência profissional no tratamento deste transtorno.

O principal objetivo da presente pesquisa é descrever os procedimentos utilizados por um terapeuta para o tratamento deste importante problema de saúde.

A pesquisa será conduzida pela aluna Graziela Siebert, fone: (19) 3251-0877, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está afirmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a identidade dos participantes.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração.

Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG nº _____,
CRM nº _____, declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

Assinatura

Campinas, ____ de _____ de _____.

O telefone de contato do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas é (19) 3729.8303

ANEXO B

Entrevista estruturada para a seleção do psiquiatra

Sexo:

Há quanto tempo é formado?

Há quanto tempo atua em clínica particular?

Há quanto tempo atende pacientes com Transtorno do Pânico?

Como costuma realizar o diagnóstico destes pacientes?

Participação em grupos de estudo (tema: Transtorno do Pânico):

Participação em cursos (tema: Transtorno do Pânico):

Participação em congressos:

Apresentação de trabalhos:

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (terapeuta)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o tratamento psicoterapêutico do Transtorno do Pânico, sob a perspectiva do Behaviorismo Radical. Sua participação consiste no atendimento clínico de um cliente diagnosticado por um psiquiatra com Transtorno do Pânico, e as dez primeiras sessões de atendimento serão gravadas integralmente para posterior transcrição. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritos os procedimentos utilizados pelo terapeuta desta abordagem para o tratamento deste importante problema.

A pesquisa será conduzida pela aluna Graziela Siebert, fone: (19) 3251-0877, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está afirmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a identidade de todos os participantes.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração.

Eu _____, RG n° _____,
CRP n° _____, declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

assinatura

Campinas, ____ de _____ de _____.

O telefone de contato do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas é (19) 3729.8303

ANEXO D

Entrevista estruturada para a seleção do terapeuta e dos juízes

Sexo:

Há quanto tempo é formado?

Há quanto tempo atua em clínica?

Realizou estágio em Psicologia Clínica?

Qual abordagem?

Utiliza supervisão para o atendimento dos clientes?

Qual frequência?

Participação em grupos de estudo (abordagem Analítico-Comportamental):

Participação em cursos (abordagem Analítico-Comportamental):

Participação em congressos:

Apresentação de trabalhos:

ANEXO E

Prova de conhecimentos gerais sobre a filosofia do Behaviorismo Radical e a ciência da Análise Experimental do Comportamento (aplicada ao terapeuta e aos juizes, para a sua seleção)

01. Qual é o objeto de estudo do Behaviorismo radical e como é conceituado?
02. Como são conceituados os eventos privados?
03. Skinner não propõe uma análise topográfica. Qual é a sua proposta?
04. O que é um evento reforçador?
05. Como é conceituado o comportamento verbal?
06. O que é modelagem comportamental?
07. O que é consciência e como pode ser adquirida?
08. O que é análise funcional?
09. Quais são os três níveis de variação e seleção propostos por Skinner? Qual sua importância para a psicoterapia?
10. Por que é importante esclarecer as contingências que estão relacionadas à ocorrência de um comportamento problema?

ANEXO F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (paciente)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o tratamento do Transtorno do Pânico, que será realizado por um psicólogo clínico. Sua participação consiste na gravação integral das suas dez primeiras sessões de psicoterapia, para posterior transcrição. As fitas gravadas, assim como seus dados de identificação serão preservados. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritos os procedimentos utilizados pelo seu terapeuta para o tratamento deste importante problema.

Fui informado (a) que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que meu atendimento com o psiquiatra ou o psicólogo seja prejudicado, e que meu tratamento poderá continuar após o término da pesquisa, se for necessário.

A pesquisa será conduzida pela aluna Graziela Siebert, fone: (19) 3251-0877, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está afirmado o compromisso de que as informações coletadas sobre você serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a sua identidade. A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ocorrer em congressos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a terapia e o Transtorno do Pânico, mas sempre sem mencionar seu nome e evitando qualquer informação que identifique você.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração.

Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG nº _____,
declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados, sem minha identificação.

assinatura

Campinas, ____ de _____ de _____.

Lembre-se: sua participação é voluntária, de modo que a não participação não afetará seu atendimento psicoterapêutico.

O telefone de contato do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas é (19) 3729.8303

ANEXO G*Ficha de Identificação do Paciente*

Idade:
Sexo:
Estado civil:

Escolaridade:
Profissão / Ocupação:
Reside com:

Medicamentos atuais:

Medicamentos anteriores:

Uso de outras substâncias (cigarro, álcool etc):

TP diagnosticado em:

Sintomas iniciados em:

Outras informações importantes:

Data:

ANEXO H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (psicólogos juizes)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o tratamento psicoterapêutico do Transtorno do Pânico, sob a perspectiva do Behaviorismo Radical. Sua participação consiste em categorizar (segundo categorias previas fornecidas pela pesquisadora) o atendimento clínico de um cliente diagnosticado por um psiquiatra com Transtorno do Pânico, a partir da transcrição das dez primeiras sessões de atendimento que serão gravadas integralmente. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritos os procedimentos utilizados pelo terapeuta desta abordagem para o tratamento deste importante problema.

A pesquisa será conduzida pela aluna Graziela Siebert, fone: (19) 3251-0877, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está afirmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a identidade de todos os participantes.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração.

Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG n° _____,
CRP n° _____, declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

assinatura

Campinas, ____ de _____ de _____.

O telefone de contato do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas é (19) 3729.8303

ANEXO I

*Descrições sintomatológicas do Transtorno do Pânico
(baseadas nas descrições do DSM-IV)*

Avalie a última semana, respondendo SIM ou Não para cada um dos itens:

1. Presença palpitações ou ritmo cardíaco acelerado: _____
2. Presença de sudorese: _____
3. Presença de tremores ou abalos: _____
4. Presença de sensações de falta de ar ou sufocamento: _____
5. Presença de dor ou desconforto torácico: _____
6. Presença de náusea ou desconforto abdominal: _____
7. Presença de sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio: _____
8. Presença de medo de perder o controle ou enlouquecer: _____
9. Presença de medo de morrer: _____
10. Presença de parestesias (sensações de formigamento): _____
11. Presença de calafrios ou ondas de calor: _____
12. Presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes: _____
13. Ataque foi seguido de preocupação persistente (durante 1 mês) de um novo ataque:

14. Ataque foi seguido de preocupação (durante 1 mês) das suas implicações e
conseqüências: _____
15. Ataque foi seguido de alteração comportamental significativa (durante 1 mês):

16. Presença de agorafobia: _____

Número de ataques durante a semana: _____

ANEXO J

Procedimento para Categorização das Verbalizações de Paciente e Terapeuta (entregue aos juizes)

Você está recebendo os trechos mais relevantes da _____ sessão de atendimento. Seu trabalho como juiz consiste em categorizar as verbalizações da cliente quanto à referência ao tema **sintoma (S)**, ao tema ambiente (**A**), ao tema comportamento da cliente (**C**) ou ao tema **relação sintoma / ambiente (SA)**. Para isto, você deverá utilizar as categorias previamente estabelecidas, relacionadas no conjunto denominado **CATEGORIAS PARA AS VERBALIZAÇÕES DA CLIENTE**.

Também deverão ser caracterizadas as verbalizações do terapeuta, segundo a sua função. Para isto, você deverá utilizar as categorias previamente estabelecidas, relacionadas no conjunto denominado **CATEGORIAS PARA AS VERBALIZAÇÕES DO TERAPEUTA**.

Obrigada pela sua colaboração.