

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA  
SUBPROGRAMA: ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO

REFORÇADORES GENERALIZADOS E O  
COMPORTAMENTO DEPRESSIVO  
EM CONTEXTO CLÍNICO

Autora: Eciene Helena Pereira Dantas de Oliveira

Dissertação apresentada ao  
Curso de Mestrado do  
Departamento de Psicologia da  
Universidade Católica de Goiás,  
como requisito parcial à obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profª Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto.

Goiânia  
Agosto de 2004

Universidade Católica de Goiás  
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Sub-Programa: Análise Aplicada do Comportamento

### FOLHA DE AVALIAÇÃO

Autora: Eciene Helena Pereira Dantas de Oliveira

Título: Reforçadores Generalizados e o Comportamento Depressivo em Contexto Clínico

Data de avaliação:

Banca Examinadora	Avaliação
<hr/> <p>Profª Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto Presidente da Banca Departamento de Psicologia Universidade Católica de Goiás</p>	<hr/> <p>Nota ou Grau.</p>
<hr/> <p>Profª Ângela Maria Menezes Duarte, Ph. D. Membro Efetivo da Banca Departamento de Psicologia Universidade Católica de Goiás</p>	<hr/> <p>Nota ou Grau.</p>
<hr/> <p>Profº Dr. Roberto Alves Banaco Membro Convidado da Banca Departamento de Psicologia Pontifícia Universidade Católica de São Paulo</p>	<hr/> <p>Nota ou Grau</p>
<hr/> <p>Profº Dr. Lorismário Ernesto Simonassi Membro Suplente da Banca Departamento de Psicologia Universidade Católica de Goiás</p>	<hr/> <p>Nota ou Grau.</p>

Goiânia - Goiás  
Agosto de 2004

*“Se você acredita em certas palavras, você acredita nos argumentos que elas supõem. Quando você acredita que algo é certo ou errado, verdadeiro ou falso, você acredita nas suposições contidas nas palavras que expressam os argumentos. Na maioria das vezes, essas suposições contêm enormes inconsistências, mas permanecem extremamente preciosas para os assim convencidos”.*

*Herbert, F. (Children of Dune. London: New English Library. 1982, p.231).*

*Ao “Pai Supremo”, que sempre norteou meus caminhos iluminando e fortalecendo minhas decisões, me reanimando nos momentos de desânimo e pequenas recaídas.*

*Aos meus pais, que durante toda minha vida me ensinaram que a grande sabedoria está no respeito ao próximo e em tentar, sem nunca desistir, apesar das adversidades.*

*Ao meu marido Carlos Eduardo, companheiro, amigo e maior incentivador, pelo seu carinho, dedicação, amor e apoio incondicional em todos os momentos, e sem o qual, talvez eu jamais tivesse conseguido.*

*Aos meus filhos Rayana, Raul e Catarina, pela compreensão em momentos de ausência, e pela alegria compartilhada em momentos de intenso convívio, quando usufruí a dedicação recebida, o que favoreceu meu sucesso.*

*A minha família, que sempre compartilhou de bons e não tão bons momentos, mas que sempre acreditou que eu conseguiria.*

*Sem o reforço de vocês, com certeza a caminhada seria mais árdua.*

## Agradecimentos

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ilma A. Goulart de Souza Britto, que nos momentos de incondicional dedicação, desde a graduação, me fez deslumbrar conhecimentos que me proporcionaram decidir pela Terapia Comportamental, me interessar e dedicar à Análise Aplicada do Comportamento e chegar onde estou. Ao mesmo tempo, com enorme sutileza ensinou quão perfeito e complexo é o cérebro humano, bem como os estados emocionais que nossa linguagem pode eliciar a cada momento, mesmo no mais distraído dos seres, as mais intensas emoções. Sem vivenciar estas emoções, eu não teria entendido seus conhecimentos, conhecimentos esses repassados com tanto entusiasmo, coerência e sentido, de maneira que só você sabe fazer. Afinal, quem somos nós, senão seres expostos às contingências do dia-a-dia – mesmo que aversivas – e que podemos emitir respostas públicas ou privadas, errôneas ou certas, e sermos livres para usufruir as conseqüências de nossas escolhas.

Nesse sentido, que bom ter sido escolhida por você e ter aceitado vivenciar, emocionar, aprender e acumular conhecimentos ímpares.

A você o mais forte dos abraços, o mais longo dos beijos e a mais eterna gratidão.

A Professora Dr<sup>a</sup> Ângela Maria Menezes Duarte, que tive o prazer de conhecer na graduação e receber suas orientações em trabalhos de pesquisa. Pela sabedoria dividida imparcialmente, proporcionou-me experiências únicas em sua companhia. Grande parte do meu conhecimento e da comprovação do mesmo devo a Você. Lembra, da aula sobre Autocontrole? Até hoje tenho em memória a seqüência das etapas: Especifique bem o problema, Faça um Compromisso de Mudança, Colete Dados e Analise Causas, Delineie um Programa de Mudança - Controlando a Situação, Controlando o Comportamento e Controlando as Conseqüências -, Assegure Apoio para o Programa, Faça os Resultados Durarem (manutenção dos resultados). Com esta aula, consegui no mínimo, grandes realizações. A Você, meu muito obrigado, pelo crescimento profissional e pessoal que me proporcionastes.

Ao Professor Dr. Roberto Alves Banaco, que admiro de longa data, pelos ensinamentos prestados à comunidade universitária e principalmente pela clareza e compromisso em compartilhar seus conhecimentos, bem como pela forma que conduz suas avaliações em bancas de defesa, algumas das quais tive oportunidade de assistir. Obrigada, muito obrigada, pelo reforço positivo a mim dispensado ao ter aceitado o meu convite para participar da minha banca de defesa de tese. Espero poder trocar idéias e maiores conhecimentos de agora em diante, bem como ter inúmeras oportunidades de vê-lo atuando como um grande defensor da teoria que acreditamos e defendemos.

Ao Professor Lorismário, que mesmo sem ter tido a honra de ser sua aluna, muito me encanta pela sua dedicação, compromisso e espontaneidade com que lida com a arte de ensinar a Análise Experimental do Comportamento.

A todos os professores, sem distinção, que no exercício do saber, dividiram pacientemente seus conhecimentos.

Aos parentes, que sempre com uma palavra de atenção e carinho, se preocupavam com o desenvolvimento do meu trabalho. Por todos que torceram por mim e acreditaram como eu, que valia a pena. Valeu a pena! Meu mais sincero obrigado. Sem tantos reforços positivos, com certeza teria sido mais difícil esta jornada.

A todos os amigos, que com palavras de carinho, não me deixaram desestimular. Estes, sim, que por várias vezes me ligaram, oferecendo livros, atenção, carinho, o que muito me impulsionou em momentos difíceis. A vocês espero de alguma forma, algum dia, poder retribuir.

A Camila, secretária do LAEC, sempre pronta e disposta a atender e orientar os mestrandos.

Aos colegas de mestrado, na divisão de dúvidas, experiências e conhecimentos.

Aos participantes da minha tese, objeto de pesquisa, que tornaram possível a realização deste trabalho com suas contribuições inestimáveis, que dão o conteúdo a ser partilhado e que sem os quais, muitos conhecimentos me teriam faltado.

A todos, que de alguma forma acreditaram no meu trabalho, obrigado!

## Sumário

Epígrafe.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Sumário.....	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Apêndices.....	vii
Lista de Anexos.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Introdução.....	1
1. Uma Breve História.....	1
2. A Definição de Depressão pelos Sintomas do DSM.....	3
3. Definição Comportamental de Depressão.....	5
4. Reforço Generalizado no Contexto Terapêutico.....	12
5. A Depressão como Evento Comportamental Interno.....	16
6. A Teoria de Staats sobre a Depressão.....	20
7. Modelos Animais para a Depressão.....	27
Método.....	34
Participantes.....	34
Participante 1 .....	34
Participante 2.....	36
Ambiente e Materiais.....	38

Procedimento.....	42
Linha de Base-I e Linha de Base-II – (LB-I / LB-II).....	46
Intervenção-I, II e III (INT-I / INT-II / INT-III).....	48
Resultados e Discussão .....	50
Participante 1 .....	51
I- Registros das Verbalizações Positivas e Negativas.....	51
II- Pontuação dos Estados Emocionais no Início e Final das Sessões.....	55
III- Resultados do BDI .....	59
IV- Observação dos Comportamentos por um Membro da Família.....	60
V- Avaliação do Processo Terapêutico pela Participante 1.....	65
Primeiro e-mail recebido: 15/02/04.....	66
Segundo e-mail recebido 23/05/04 .....	66
Participante 2.....	67
I- Registros das Verbalizações Positivas e Negativas.....	67
II- Pontuação dos Estados Emocionais no Início e Final das Sessões.....	72
III- Resultados do BDI .....	76
IV- Observação dos Comportamentos por um Membro da Família.....	77
V- Avaliação do Processo Terapêutico pela Participante 2.....	83
Transcrição parcial da última sessão: 08/09/03.....	83
E-mail recebido 02/06/04 .....	84
Discussão Final.....	85
Referências Bibliográficas.....	90
Apêndices.....	94
Anexos.....	126



## Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo proposto por Staats (1996) para a depressão.....	22
Figura 2 – Planta baixa do consultório terapêutico.....	38
Figura 3 – Frequência de Verbalizações Positivas e Negativas da Participante 1 em cada uma das sessões das fases a que foi submetida.....	53
Figura 4 – Escala de Pontuação dos Estados Emocionais da Participante 1 no Início e no Final de cada sessão em cada uma das fases a que foi submetida.....	58
Figura 5 – Inventário Beck para Depressão da Participante 1 em cada uma das fases a que foi submetida.....	59
Figura 6 – Escala de Avaliação da Motivação e Interesse em Atividades da participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.....	61
Figura 7 – Escala de Avaliação das Sensações Corporais da participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.....	62
Figura 8 – Escala de Avaliação da Interação Social da participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.....	63
Figura 9 – Escala de Avaliação dos Hábitos Diários da Participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.....	64
Figura 10 – Frequência de Verbalizações Positivas e Negativas da Participante 2 em cada uma das sessões das fases a que foi submetida.....	69
Figura 11 – Escala de Pontuação dos Estados Emocionais da participante 2 no Início e Final de cada Sessão em cada uma das fases a que foi submetida.....	75
Figura 12 – Inventário Beck para Depressão - Participante 2 em cada fase a que foi submetida.....	76

Figura 13 – Escala de Avaliação da Motivação e Interesse em Atividades da participante 2, conforme informações fornecidas pela irmã.....	78
Figura 14 – Escala de Avaliação das Sensações Corporais da participante 2, conforme informações fornecidas pela irmã.....	79
Figura 15 – Escala de Avaliação da Interação Social da participante 2, conforme informações fornecidas pela irmã.....	80
Figura 16 – Escala de Avaliação dos Hábitos Diários da Participante 2, conforme informações fornecidas pela irmã.....	82

## Lista de Tabelas

Tabela I – Níveis e Escores do BDI para a versão em português.....	41
Tabela II – Avaliação Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas – participante 1 em cada sessão de cada uma das fases a que foi submetida.....	54
Tabela III – Avaliação Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas – participante 2 em cada sessão de cada uma das fases a que foi submetida.....	70

## Lista de Apêndices

Apêndice A - Autorização do Cliente para Procedimento.....	94
Apêndice B - Ficha de Identificação do Cliente.....	96
Apêndice C - Ficha Controle de Procedimentos Adotados em Cada Sessão.....	98
Apêndice D - Questionário de História Vital (Lázarus, 1980).....	100
Apêndice E - Auto-avaliação do Estado Emocional no Início e Final de Cada Sessão.....	112
Apêndice F - Inventário Beck para Depressão – BDI (1961).....	114
Apêndice G - Registro de Mudanças Comportamentais (Montanero, 1997).....	118

## Lista de Anexos

### Anexos

#### Participante 1

- Tabela Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas e dos Estados Emocionais no Início e Final de Cada Sessão

- Anexo 1.: Verbalizações Positivas durante as sessões.....126

- Anexo 2.: Verbalizações Negativas durante as sessões.....127

#### Participante 2

- Tabela Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas e dos Estados Emocionais no Início e Final de Cada Sessão

- Anexo 3.: Verbalizações Positivas durante as sessões.....128

- Anexo 4.: Verbalizações Negativas durante as sessões.....129

Anexo 5.: Textos Discutidos em Consultório:.....130

As Bases da Terapia Comportamental e Cognitiva.....131

Depressão .....132

Compreendendo meus problemas.....133

Anexo 6 – Avaliação do processo terapêutico pela participante 1 – via e-mail recebido em 15/02/04.....134

Anexo 7 – Avaliação do processo terapêutico pela participante 1 – via e-mail recebido em 23/05/04.....137

Anexo 8 – Avaliação do processo terapêutico pela participante 2 - Verbalizações Positivas e Negativas da última sessão em 08/09/03.....140

Anexo 9 – Avaliação do processo terapêutico pela participante 2 – via e-mail recebido em 02/06/04.....141

## Resumo

O objetivo da presente pesquisa foi o estudo do comportamento de deprimir-se no contexto terapêutico, onde foi utilizada a abordagem Comportamental a partir dos pressupostos da Análise Aplicada do Comportamento, com ênfase no Behaviorismo Psicológico de Arthur Wilbur Staats entre outros. Participaram desse estudo duas pessoas do sexo feminino com o diagnóstico de depressão, sendo que as mesmas foram selecionadas, segundo os critérios: a) ser diagnosticadas por psiquiatra como tendo sintomas depressivos; b) disponibilidade de horário compatível com o andamento da pesquisa; c) apresentar um repertório verbal-emocional negativo; d) concordar em comparecer ao consultório duas vezes por semana durante o período selecionado para a coleta de dados; e) não estar fazendo uso de medicamentos por pelo menos 90 dias. As sessões terapêuticas e procedimentos foram realizados pela mestranda/pesquisadora, entre o período de 16 de maio a 08 de setembro do ano de 2003, com um intervalo de 30 dias entre a Intervenção-II (INT-II) e Intervenção-III (INT-III). Estas sessões foram realizadas em consultório de uma clínica particular de atendimento psicológico em Goiânia. Além de câmera de vídeo com tripé para máquina fotográfica e vídeo, fita de VHS, aparelho receptor de televisão em cores, computador (PC) e impressora, foram também utilizadas uma autorização assinada pelas participantes para o procedimento das sessões de atendimento psicológico, ficha controle de procedimentos adotados em cada sessão, Questionário de História Vital (Lazarus, 1980), folha de auto-avaliação do estado emocional, a qual era preenchida mediante resposta verbal das participantes no início e final de cada sessão, Inventário de Depressão Beck (BDI), que mede especificamente a intensidade da depressão, mediante resposta escrita pelas participantes e o Registro de Mudanças Comportamentais, aplicado em duas fases do delineamento Linha de Base I (LB-I) e Intervenção (INT-III), por um membro da família, visando registrar as mudanças comportamentais manifestas das participantes, durante e após a intervenção. Para o desenvolvimento do procedimento adotado, foi utilizado o Delineamento de Reversão no formato ABAB-B, sendo que nas Intervenções-I, II e III foi utilizado o reforço condicionado generalizado quando então a mestranda/pesquisadora reforçava os relatos verbais positivos com um “Sinal de Aprovação” contingente as verbalizações positivas e um “Sinal de Desaprovação” contingente as verbalizações negativas de cada participante para todas as falas emocionais positivas e negativas em cada sessão. O procedimento para transcrição das sessões filmadas consistiu na observação e registros de todas as falas positivas das participantes nas quarenta e oito sessões, sendo vinte e quatro de cada participante. Do mesmo modo procedeu-se a enumeração seqüencial das falas negativas. Ao final da pesquisa, de acordo com os gráficos e tabelas pode-se observar que houve uma redução na intensidade do repertório verbal-emocional negativo, comum em pessoas depressivas, tendo como elemento primordial a utilização dos reforçadores condicionados generalizados na mudança de comportamento depressivo em contexto clínico.

**Palavras-chaves:** Depressão, estudo de caso, relato verbal positivo e negativo, delineamento de reversão ABAB-B e reforço condicionado generalizado nos estudos sobre a depressão.

## Abstract

The objective of this research was to study the behavior of those who get depressed in a therapeutic context, where behavior approach was used starting from the presumption of the Applied Analysis of the Behavior, with emphasis on the Psychological Behaviorism by Arthur Wilbur Staats among others. Two people from the feminine gender with diagnoses of depression took part in this study and both of them were selected following pre-established criteria by the researcher between May 16<sup>th</sup> and September 08<sup>th</sup>, 2003, with a break of thirty days between the INT-II and INT-III. These sessions took place in an office at a private clinic of psychological treatment in Goiânia. Besides the video camera, which had a photographic camera and video, VHS tape, color TV, computer (PC) and printer, were also used and authorization signed by both participants on the procedures adopted in each session, Questionnaire of Vital History (Lázarus, 1980), sheet of auto evaluation of the emotional state, which used to be filled in through verbal answer of the participants at the beginning and at the end of each session, Depression Inventory Beck (BDI), which specifically measures the intensity of depression, with written answers of the participants and the behavior changes record, applied in two phases of the outline (LB-I e INT-III), by a member of the family, with the objective of recording the behavior changes shown by the participants, during and after the intervention. For the development of the adopted procedure, the Outline of Reversion in the format ABAB-B was used, considering that in interventions I, II and III the Generalized Conditional Reinforcement was used when the researcher was reinforcing the positive verbal account with an “Approval Sign” contingent upon positive verbalized ideas and a “Disapproval Sign” contingent upon negative verbalized ideas of each participant for all emotional positive and negative speech in each session. The procedure for the typescripts of the shot sessions consisted in the observation and record of all positive speech of the participants during the forty eight sessions, being twenty four of each participant. In the same way was proceeded the enumeration of the negative speech. At the end of the research, according to the graphics and tables it is possible to note that there was a reduction on the intensity of negative verbal – emotional repertoire, common in depressed people, having as a primordial element the use of Generalized Conditional Reinforcement in the depressive behavior change in a clinic context.

**Key words:** Depression, Case studies, Positive and Negative Verbal Account, Outline of Reversion ABAB-B and Generalized Conditional Reinforcement in the studies about depression.

O termo “depressão” – do latim *caderium* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é *deprimere* que, literalmente significa “pressão baixa” – é relativamente recente, tendo sido introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX. Tal conceito tem sofrido transformações ao longo do tempo, de acordo com as diferentes concepções sobre o comportamento humano.

### **1- Uma Breve História**

No século IV a.C., os transtornos depressivos estavam classificados em frenesis, letargia, mania e melancolia. Hipócrates (460-380 a.C.), propôs a teoria dos humores. A partir dela se dizia que a saúde era resultado do equilíbrio entre certos humores. Assim, a lentidão, a indiferença, determina o tipo fleumático, a bÍlis amarela (ou mau gênio), determina o colérico, e a bÍlis negra (ou humor negro), determina o tipo melancólico. Hipócrates acreditava que se o medo da tristeza permanecesse por longo tempo, então se tratava de melancolia. Dentro do projeto hipocrático não havia separação entre o corpo e a alma (López, 2001).

Galeno um dos grandes médicos da Antigüidade a quem se atribui a necessidade de estudos neuropsicológicos e neuroatômicos como explicações parciais de psicopatologia, sustentava que as enfermidades da alma eram lesões da sensibilidade e da inteligência. Para ele, a causa da melancolia, está no excesso de bÍlis no cérebro; os desaparecimentos do humor melancólico causavam os sintomas que afetavam a mente (López, 2001).



Galeno retirou o papel principal do coração do processo intelectual e colocou a capacidade racional no cérebro. Galeno não diferenciou as enfermidades mentais das orgânicas ao distinguir as paixões como danos da alma. A enfermidade mental era consequência da destruição, dano ou desvio de alguma das partes involuntárias no processo intelectual (López, 2001).

No estoicismo (doutrina que aconselha a indiferença e o desprezo pelos males físicos e morais), encontramos doutrinas sobre a melancolia elaborada por Cicerón e Sêneca, os quais colocavam em jogo uma percepção diferente do ser humano. Dentro desta corrente, o ideal de vida é viver de acordo com a coincidência da natureza. Os defeitos (imperfeições) morais e os comportamentos inadequados – o irracional e a enfermidade mental – eram definidas pelos estóicos como paixões (López, 2001).

Cicerón pleiteava que os melancólicos eram enfermos da alma, que não tinham coração e deviam ser privados de seus direitos civis de forma perene. Sêneca, por outro lado, fala da melancolia como um tédio vital, uma desesperança vital. Para os estóicos, a percepção do ambiente originava sentimentos conflitantes, entre o desejo de retirar o mal e o conhecimento de que se separar do afável significava morrer (López, 2001).

Desde então, o comportamento humano tornou-se matéria especulativa das religiões e das filosofias. Na concepção demonológica da loucura (dentro da qual estava incluída a melancolia), era atribuída aos problemas comportamentais a ação de diabos. Acreditava-se em bruxaria, magia e feitiçaria. Assim, o tratamento era o exorcismo dos espíritos e demônios preconizados pelos *Malleus Melificaram*, um guia técnico de exorcismo (Britto, 1999).

Um marco filosófico veio com Descartes que introduziu uma nova concepção de alma totalmente separada do corpo, a desrazão constituída pela ausência do pensamento, “porque eu penso, não posso estar louco” (Britto, 1999).

O médico francês Pinel uniu a medicina com a tradição filosófica sobre a desrazão. Naquela época teve início a percepção de que os problemas comportamentais deveriam ser entregues aos médicos. Assim surgiu a psiquiatria e com ela o conceito que se tem na modernidade: doença mental (Britto, 1999).

## **2– A Definição de Depressão pelos Sintomas do DSM**

Em 1952 a Associação Americana de Psiquiatria publicou a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM I e desde então, aquela associação vem publicando outras edições deste manual. É possível afirmar que as edições do DSM tentam sintetizar a classificação de Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, baseada nos sintomas descritos pelos fundadores da psiquiatria desde Pinel.

Em 1968 foi publicado o DSM-II, em 1980 o DSM-III e em 1987 o DSM-III-R. Em 1994 foi publicada a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais o DSM-IV, cujos princípios e descrições foram adotados pela Organização Mundial de Saúde. O manual descreve as manifestações dos transtornos mentais sem referências aos seus determinantes. A concepção assumida, porém não desenvolvida é que um fator de ordem orgânica seria o agente causador de tal transtorno.

Recentemente, aquela associação publicou o DSM-IV-TR™, (APA, 2000/2002), onde uma variedade de transtornos mentais se define, como nos manuais anteriores, em termos das descrições topográficas das características

clínicas. No manual não se encontram teorias que expliquem as origens dos diferentes transtornos mentais, nem o manejo ou tratamento.

Nas definições para o Transtorno Depressivo Maior encontram-se descrições que incluem uma lista das Características Diagnósticas, os Especificadores, Procedimentos de Registros, Características e Transtornos Associados. Na secção Transtornos Associados estão incluídas as características descritivas e transtornos mentais associados, achados laboratoriais associados, achados do exame físico e condições médicas associadas que devem estar presentes para que se faça o diagnóstico. As descrições incluem ainda as características associadas ao transtorno como Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero, Prevalência, Curso, Padrão Familiar e o Diagnóstico Diferencial.

Assim, o DSM-IV-TR™ descreve a característica de um Episódio Depressivo Maior pela presença de um período mínimo de duas semanas durante as quais há um humor deprimido, perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades. Descreve que a pessoa deve experimentar pelo menos quatro sintomas extraídos de uma lista que inclui: alterações do apetite ou peso; sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Descreve ainda que os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas (APA, 2002, p. 349).

Atualmente observa-se uma grande preocupação dos profissionais de saúde com o chamado Transtorno Depressivo Maior que segundo a APA (2000/2002) é duas vezes mais comum em mulheres do que nos homens. O manual aponta que o

risco para a depressão durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para as pessoas do sexo masculino.

Ainda assim, no presente trabalho não será considerado o comportamento desadaptado de uma pessoa como sintomas de um transtorno mental. O terapeuta comportamental trabalha pelas mudanças no comportamento como função de variáveis mensuráveis em relação aos eventos ambientais externos. Tais variáveis são observáveis e mensuráveis, podem ser manipuladas, e os seus efeitos sobre o comportamento podem ser observados.

Como observa Palmer (2002), devido a um gosto pelas definições aprioris, as interpretações tradicionais tendem a classificar o comportamento apenas pela topografia ignorando a complexidade das relações antecedente-comportamento. Na realidade, tais sistemas classificatórios são, como afirma Banaco (1999), no máximo descrições topográficas de respostas e de frequências com as quais elas se apresentam na vida de uma pessoa.

### **3. Definição Comportamental de Depressão**

A análise do comportamento é a ciência do comportamento. Seus métodos são os da ciência, sua matéria de estudo é o comportamento e as leis que regem as relações entre o comportamento e as variáveis que o controlam. Nesta perspectiva, o objeto de observação e estudo é a análise das interações constantes entre o organismo e o seu ambiente (Reese, 1978).

É possível afirmar que o organismo é continuamente modificado na sua interação com o meio ambiente, da mesma forma que o ambiente é modificado pela ação do organismo. Nesta análise o ambiente ou o organismo não são entidades estáticas. A concepção de interação, que define o comportamento como relação,

engloba a premissa de que tanto o organismo como o ambiente estão em contínua mutação, e essa mutação em parte decorre da interferência mútua entre eles (Hunziker, 2001c).

O conteúdo e a metodologia desta ciência serão aplicados neste estudo com o objetivo de modificar o comportamento na terapia comportamental. É possível afirmar que o comportamento depressivo é função do ambiente e resulta da interação entre o indivíduo que se deprime e as contingências ambientais as quais ele está exposto.

Para os estudiosos do comportamento a depressão não é vista como transtorno mental, mas um conjunto complexo de comportamentos na interação com o ambiente. Uma explicação que tenha referência à análise funcional dos comportamentos que a pessoa depressiva emite possibilita uma análise do fenômeno (Cavalcante, 1997). Assim, a preocupação do analista do comportamento é com a função do comportamento. De acordo com Matos (1997) fazer uma análise funcional é identificar a função, isto é, identificar qual o valor de sobrevivência daquele comportamento naquelas contingências, para que aquele comportamento se mantenha.

Do mesmo modo Guilhardi (1997), esclarece que através de uma análise funcional é possível identificar as contingências que controlam o comportamento tornando possível identificar como aquele comportamento foi adquirido e mantido, possibilitando, então o planejamento de novos padrões comportamentais. Grande parte dos comportamentos ausentes estão potencialmente presentes no repertório comportamental da pessoa deprimida.

Ferster (1968/1979) afirma que na relação do indivíduo com o seu ambiente, caso haja diminuição do reforço positivo contingente, tal fato pode ser apontado

como um dos principais determinantes dos transtornos depressivos. O autor aponta que, o exame geral do repertório de comportamentos de uma pessoa deprimida, o dado mais importante é a frequência reduzida dos comportamentos. A pessoa permanece sentada e silenciosa durante longos períodos ou então permanece na cama. A frequência geral do comportamento verbal diminui. Suas falas se resumem a queixas, reclamações ou pedidos de ajuda. Apresenta também choro frequente, irritabilidade ou incapacidade para fazer as coisas. Por outro lado, observa-se o aumento dos comportamentos de esquivar-se ou de fugir dos eventos indesejáveis, isto é, a pessoa depressiva comporta-se mais para evitar ou fugir dos eventos indesejáveis do que para buscar reforços para seus comportamentos.

As pesquisas realizadas por Lewinsohn na década de setenta ampliaram as posições propostas por Ferster. Lewinsohn e colaboradores (conforme citados por Lewinsohn, Gotlib e Hautzinger, 2003) hipotetizaram que a baixa taxa de reforço positivo contingente a resposta em áreas importantes ou uma alta taxa de experiências aversivas leva a uma diminuição de comportamentos e a experiência de estados emocionais negativos. Desse modo, foi possível estabelecer três fatores que poderiam levar a uma baixa taxa de reforços. O primeiro consiste em deficiências no repertório comportamental do indivíduo, o que impede a obtenção dos reforços ou a diminuição dos comportamentos do indivíduo para enfrentar experiências aversivas. O segundo fator seria a falta de reforços potenciais no ambiente do indivíduo, a perda dos mesmos ou a um excesso de experiências aversivas. O terceiro fator que levaria a uma baixa taxa de reforços pode provir da diminuição dos comportamentos da pessoa para se expor às experiências positivas ou um aumento da sensibilidade diante de contingências negativas.

Cavalcante (1997), abordou a depressão com o referencial teórico da análise do comportamento a partir do trabalho de Dougher e Hackbert (2003), cujos princípios e conceitos advém de abordagens comportamentais sem referências às noções de causas internas para o fenômeno ou a definição de depressão pelos sintomas.

Dougher e Hackbert (1994) (conforme citados por Cavalcante, 1997) analisaram os padrões comportamentais apresentados por indivíduos classificados como deprimidos em quatro princípios. O primeiro diz respeito às funções conseqüenciais. O segundo, às funções respondentes. O terceiro, às funções estabelecedoras e o quarto, aos processos verbais.

Dentre as funções conseqüenciais estão a baixa densidade de reforçamentos, a extinção, a punição e o reforçamentos dos comportamentos que evidenciam sofrimentos. A escassez dos reforçadores sociais têm sido apontada como relevantes para o início e manutenção da depressão devido a um repertório social inadequado. O comportamento das pessoas depressivas não favorece a interação social, são vistos como aversivos e evitados pelos outros. A freqüência reduzida de comportamento pode levar à extinção. Por outro lado, os comportamentos que evidenciam manifestações de sofrimento são algumas vezes, positivamente reforçados pelo aumento da atenção social e simpatia (Cavalcante, 1997).

Nas funções respondentes, as ações, são motivo, ou seja, os fatos antecedentes são considerados o sintoma primário da depressão e que produzem o sofrimento, os sentimentos e as reações emocionais e na maioria das vezes, despertam o indivíduo levando a pessoa à procura de atendimentos. Para Dougher e Hackbert (1994) (conforme citados por Cavalcante, 1997) em termos

comportamentais, reforçamentos insuficientes, extinção e punição funcionam como estímulos incondicionados que eliciam um conjunto de respondentes que são denominados de tristeza, frustração e raiva. Reações emocionais associadas à depressão podem gerar sofrimentos posteriores.

Os autores citam o caso de uma cliente que se sentiu melancólica depois de dirigir pela estrada da escola que frequentou cerca de vinte anos atrás. O relato verbal da cliente indicava que a mesma experimentou na escola situações de rejeição. A visualização da escola era suficiente para eliciar nela respostas emocionais, ou, em outras palavras, pode-se dizer que a visualização da escola foi uma operação estabelecadora<sup>1</sup> que teve a função de um estímulo aversivo condicionado que veio a eliciar tal resposta.

Uma das características da depressão é a falta de motivação para sentir prazer nas atividades. Para Dougher e Hackbert (2003) e Cavalcante (1997), os eventos ou condições que produzem as baixas taxas de respostas e estados afetivos característicos da depressão, também servem como operações estabelecadoras e de supressão. Tais eventos podem potencializar certas contingências e diminuir a potencia de outras. Assim, contingências depressivas seriam aquelas associadas com o comportamento, ou seja, ações depressivas, tais como chorar, reclamar, lamentar-se, culpar-se, esquivar-se socialmente, excesso de sono etc. Contingências não depressivas seriam aquelas que operam quando um indivíduo não está deprimido e que governa sua vida diária, isto é, contingências sociais, ocupacionais, recreativas e interpessoais.

---

<sup>1</sup> De acordo com da Cunha (2003, pp. 24-25), o conceito de Operações Estabelecadoras foi proposto por Jack Michael em 1993 e também definida por Catania (1999, p.412) como: "É qualquer operação que mude a condição de um estímulo como um reforçador ou punidor: privação, saciação, procedimentos que estabelecem estímulos formalmente neutros como reforçadores condicionados (aprendidos), e apresentações de estímulos que mudam a condição reforçadora ou punitiva de outros estímulos (como quando uma chave de fendas que já está disponível se torna um reforçador na presença de um parafuso que precisa ser enroscado)".



De acordo com os autores, quando há um repertório adequado e estas contingências são estabelecidas por um indivíduo, este se diverte, interage, cria e tira prazer destas atividades.

Em relação aos processos verbais uma questão diz respeito aos determinantes do comportamento verbal que caracteriza as falas depressivas e sua influência sobre outros comportamentos.

Skinner (1957/1978d), define o comportamento verbal como o comportamento reforçado pela mediação de outras pessoas e declara que tal definição necessita de maiores esclarecimentos. Para compreendermos o comportamento verbal é imprescindível uma análise funcional para o conhecimento das condições em que ele ocorre, vez “que o falante pode ser estudado pressupondo um ouvinte e o ouvinte um falante” (p. 17).

Assim, os estímulos verbais, segundo Skinner (1957/1978d) possuem respostas verbais com significado próprio. A forma como as variáveis se combinam na fala continuada e o modo como o efeito do comportamento do falante o induz a programar e a corrigir o que ele diz, bem como a forma que o manipula no pensamento verbal, traz significativa contribuição. Como consequência, os estímulos verbais também podem influenciar na mudança do comportamento do falante e do ouvinte. Pois no contexto terapêutico deve-se levar em conta a relação terapêutica, que se inicia com a empatia.

Na relação terapêutica as pessoas envolvidas, o terapeuta e o cliente se comportam como falantes e ouvintes e vice-versa numa relação dinâmica onde as variáveis controladoras dos relatos verbais de ambos não expressam as mesmas funções, pois dependem de diferentes condições antecedentes.

Em contexto terapêutico talvez haja uma relação entre o falar e o fazer, mas ainda não é conclusivo, devido a problemas do próprio procedimento adotado em sessão.

Quando as observações de relatos verbais não são feitas diretamente sobre o comportamento da pessoa enquanto este ocorre, pode ocorrer inferência e/ou generalização sobre o relato verbal por parte do observador ou informante em questão.

O falar tem conseqüências, e o comportamento verbal, gera um estímulo auditivo, que reforça a primeira fala do iniciante. Ou seja, a primeira fala encontra um reforçador. O comportamento verbal, como qualquer comportamento operante, tende a ocorrer apenas no contexto que tenha probabilidade de ser reforçado.

Pode-se observar que em toda relação humana há uma maior ou menor influência de uma pessoa sobre a outra. Na terapia também ocorre essa relação e passou-se a levá-la em consideração na mudança dos comportamentos do cliente. Estudos comprovam que se você fala para si próprio, corre o risco de não por em prática sua fala, mas se você torna público sua fala, se você fala para outra pessoa estas falas tendem a ter uma correlação maior.

É necessário, pois estudar os modos pelos quais se utilizam palavras para mudar o comportamento de uma pessoa num contexto, onde o falar é a tradição.

Staats (1996) afirma que parte dos problemas humanos envolveria mudanças nos eventos que evocam uma resposta emocional no indivíduo. Por exemplo, a pessoa depressiva necessita de estímulos verbais que provoquem respostas emocionais positivas. Vários problemas clínicos envolvem emoções inapropriadas ou deficitárias. Tais problemas podem ser tratados mudando as respostas emocionais ou criando outras. Staats (1996) e Catania (1999) afirmam que as

palavras nos dão o modo mais efetivo para influenciar o comportamento de uma pessoa, porém sem esquecer de levar em conta as contingências às quais estamos expostos e que em determinada situação pode ser mais forte e vir a alterar ou influenciar os comportamentos do indivíduo.

#### **4. Reforço Generalizado no Contexto Terapêutico**

Catania (1999), define reforçador generalizado como reforçador condicionado com base em vários reforçadores primários. O reforço generalizado tem maior probabilidade de se manter efetivo ao longo de diferentes operações estabelecidas do que um reforçador condicionado baseado somente em um reforçador primário.

Skinner (1957/1978d) afirma que qualquer comportamento verbal que evoque atenção é reforçado independentemente de outras ações específicas do ouvinte. Desse modo, pode-se afirmar que um terapeuta que responde atentamente ao cliente permite que este reaja a esse comportamento com mais sucesso ao longo do processo terapêutico.

Ferster (1968/1979), propõe que:

“O reforço generalizado é um tipo de reforçador condicionado que tem uma propriedade adicional, isto é, cuja eficácia não depende de um único tipo de privação. Pode constituir a ocasião em que muitos desempenhos diferentes podem ser reforçados por diferentes tipos de reforçadores. O dinheiro é um reforçador generalizado” (p. 738).

Assim, o reforçador generalizado adquiriu suas propriedades reforçadoras por ter sido emparelhado com uma variedade de outros reforçadores. Como não está relacionado com nenhuma privação específica, o reforço generalizado é útil em

estudos demorados ou em pesquisas que usam sujeitos que podem ter preferências ou privações diferentes (Reese, 1978).

Ferster (1968/1979) considera que a maior parte dos comportamentos dos indivíduos existe pelos seus efeitos sobre o ambiente. Como exemplo, a resposta verbal 'bom dia' é mantida porque produz um efeito na maioria dos ouvintes. De modo semelhante, aprovação social refere-se a uma disposição para prover conseqüências favoráveis a uma ampla gama de comportamentos específicos do indivíduo.

As deficiências de um repertório inadequado podem ser encontradas na história de um indivíduo. Ferster (1968/1979) afirma que um programa terapêutico que se baseie em aspectos manipuláveis do ambiente pode ter efeitos terapêuticos importantes para os clientes. O terapeuta conta com o prestígio de sua profissão ou de sua posição social e com o efeito do reforçamento potencial envolvido na relação. De acordo com o autor, estas características do terapeuta conferem-lhe, a habilidade necessária para modificar os comportamentos do cliente, pois muito das queixas que trazem um cliente à terapia, se deve, em grande artefato, ao subproduto de repertórios inadequados, positivamente reforçados.

O terapeuta deve estar atento aos comportamentos relevantes do cliente que ocorrem durante a sessão. Kohlenberg e Tsai (2001) afirmam que na sessão terapêutica, o efeito primário do comportamento do cliente é a reação do terapeuta. Caso o terapeuta não proceda a uma observação precisa do comportamento do cliente, as reações deste podem ser inconsistentes ou antiterapêuticas, o que afetaria a eficácia do processo. O terapeuta deve reinterpretar as afirmações do cliente em termos de relações funcionais, uma história de aprendizagem e comportamento.

O terapeuta pode, sempre que possível, planejar reforços generalizados contingentes ao comportamento do cliente. Um reforço generalizado comum é a “aprovação”. A dificuldade é especificar-lhe as dimensões físicas. Pode tratar-se de pouco mais do que uma inclinação de cabeça ou de um sorriso por parte de alguém que caracteristicamente proporciona uma variedade de reforços. Estes tipos de reforços podem ser usados para fortalecer certos comportamentos verbais do cliente (Skinner, 1957/1978d).

Thorndike em 1933, apud Honig (1975), foi talvez um dos primeiros a testar o efeito de falar “correto” ou “equivocado” contingente a resposta verbal de um sujeito. Os dados obtidos indicaram que desta maneira podia influenciar a emissão subsequente das respostas verbais.

Também Greenspoon em 1955 apud Honig (1975), descreveu os efeitos do reforço generalizado para fortalecer o comportamento verbal de um sujeito. O experimentador modelava o comportamento do participante dando-lhe simplesmente um leve “sinal de aprovação” como um som “mmm-hmm” imediatamente após as palavras classificadas como substantivos plurais. As emissões verbais dos substantivos plurais tiveram a sua frequência aumentada.

Skinner (1957/1978d) afirma que pelo fato dos sinais de aprovação precederem reforços específicos a muitos estados de privação, o comportamento que eles reforçam poderá ser forte durante grande parte do tempo. Este tipo de reforço generalizado pode ser fundamental para o sucesso da terapia.

Sendo assim, o autor propõe que o reforço generalizado pode se tornar a chave do sucesso dos discursos práticos e científicos. Para Skinner (1957/1978d), ele coloca o comportamento do falante sob o controle do meio ambiente e permite que o ouvinte reaja a esse comportamento com mais sucesso. Quando a

correspondência com uma situação estimular é mantida, quando as inferências do ouvinte face à situação objetiva são fidedignas, chamamos a resposta de objetiva, válida, verdadeira ou correta.

Estudos sobre os reforçadores generalizados no contexto clínico são relevantes tanto para o terapeuta comportamental que atua visando fortalecer os comportamentos adaptativos do cliente, quanto ao cliente, ao favorecer a eliminação ou diminuição de seus comportamentos desadaptativos.

Um programa terapêutico por meio das técnicas da análise do comportamento pode fortalecer o comportamento adaptativo, ao mesmo tempo em que atenua ou elimina os comportamentos desadaptados. Desta forma, como indica Banaco (1999), esta abordagem tem tentado, através do estudo de modelos experimentais, entender as variáveis de controle de vários problemas humanos. “Mais importante do que a descrição das respostas que trazem os indivíduos aos consultórios é o conhecimento da função que estas respostas apresentam no ambiente” (p. 77).

## **5 - A Depressão como Evento Comportamental Interno**

Levando-se em conta, as possibilidades teóricas e aplicadas da ciência comportamental o que se pretende colocar também em discussão neste trabalho é o da depressão como evento comportamental interno/privado, isto é, variáveis dependentes que, talvez exerçam um efeito sobre as respostas públicas, não sendo consideradas, todavia, como causas iniciais, apenas como causa intermediária. Skinner (1953/1976c, p. 134) afirma que os eventos que são “acessíveis apenas para o próprio indivíduo, muitas vezes ocorrem como elos em cadeias de eventos públicos”.

Skinner (1953/1976c) adotou o modelo funcional de análise para a relação ambiente e comportamento. Neste sentido, deve-se investigar as relações envolvidas entre os eventos, sejam eles públicos ou privados. O autor afirma que, quando se diz que o comportamento é função do ambiente, este significa qualquer evento no universo que pode afetar o organismo, mesmo porque, parte do universo está encerrado dentro da pele de cada um.

De acordo com Staats (1996) freqüentemente ‘ouvimos’ a nós mesmos, através das nossas autofalas. Do mesmo modo, ‘vemos’ imagens que visualizamos privadamente. Tais respostas internas podem afetar os comportamentos públicos. De fato, eventos internos podem adquirir funções importantes, uma vez que os humanos adquiriram e emitem tais comportamentos.

Os analistas do comportamento se baseiam em uma visão monista do comportamento e nenhuma distinção é feita entre as respostas, que são eventos físicos, tanto quanto ocorrem dentro ou fora do corpo. Assim, todas as respostas, sejam elas públicas ou privadas, são vistas como eventos naturais, eventos físicos e observáveis às vezes apenas pela pessoa que a emitiu (Baum, 1999).

Skinner (1974/1978d, p. 180) escreveu “que uma ciência do comportamento deve considerar o lugar dos estímulos privados como coisas físicas, como fazê-lo proporciona uma descrição da vida mental”. Para o autor, o problema dos eventos privados se resume a uma questão de acesso, e não de natureza. Desta perspectiva científica lida-se então, com eventos naturais, de organismos inteiros, independentes de serem observáveis diretamente.

Por eventos privados entende-se um conjunto de experiências usualmente descritas por uma variedade de termos, como por exemplo, emoções, sentimentos, sensações, pensamentos, imagens, sonhos, disforias, tristezas, angústias,

desesperança, fantasias, memórias, vontade entre tantas outras. Skinner (1974/1978d) afirma que tais eventos não explicam o comportamento, pois são outros comportamentos a serem explicados. A questão sobre o que há dentro da pele, e como saber a respeito constitui o cerne do Behaviorismo Radical proposto por Skinner e seus seguidores.

Assim, Skinner (1953/1976c), não nega a realidade dos sentimentos, emoções, pensamentos, sonhos, desejos, angústias ou outros eventos privados, mas sim, o que geralmente se escreve sobre a sua natureza e o seu papel como causa, que pode ser encontrado nos escritos sobre as atividades mentais.

Skinner (1945a, p. 384) recusou a usar a distinção física e mental porque para ele, todos os eventos privados são físicos. Como exemplo, afirma que sua dor de dente, um evento privado, era tão física quanto sua máquina de escrever, embora a dor de dente não seja pública: “não vejo razão porque uma ciência operacional objetiva não possa considerar o processo através do qual um vocabulário descritivo de uma dor de dente é adquirido e mantido”.

Desse modo, eventos públicos e eventos privados possuem a mesma espécie de dimensão física. Sobre o aparelho mental Skinner (1974/1978d, p.188), afirma:

“Não se pressupõe nenhum tipo especial de matéria mental. O mundo físico gera tanto a ação física quanto as condições físicas no interior do corpo às quais uma pessoa responde quando uma comunidade verbal organiza as contingências necessárias”.

Creel (1980), sugere que Skinner progrediu em uma visão unificada do mundo e, conseqüentemente, articulou como a ciência do comportamento pode validar o princípio da privacidade dos eventos privados sem dar guarida aos



mentalistas. O autor sugere também, que Skinner tem tentado executar estes objetivos reconhecendo, por um lado, que os eventos privados podem permanecer privados para sempre, enquanto explicando, ou mesmo sugerindo, por outro lado, como estes eventos podem ser erigidos em termos físicos e, porque mesmo em uma construção física, os estímulos privados devem permanecer privados.

Apesar das dificuldades apontadas para esta questão, deve-se enfatizar que para Skinner as causas iniciais do comportamento devem ser buscadas no ambiente e não em outro lugar. De acordo com Gongora & Abib (2001), não há diferença entre mundo público e privado. As cadeias comportamentais se estendem de um domínio ao outro, isto é, a pele não impede a ocorrência de relações funcionais, não há dicotomia entre público e privado. A ciência do comportamento deve resolver os problemas privados no campo do comportamento verbal (Skinner, 1945a).

Para Matos (1997), os analistas do comportamento podem, de fato, estudar eventos comportamentais internos. As contingências que controlam o sentir dor, controlam o gemer, o falar, o reclamar, o gesticular, o esquivar, o fugir etc. Geralmente emite-se esses verbais quando se tem acesso a ações do sentir ou a ações de ver. São categorias comportamentais que descrevem ou incluem outras ações.

Todavia, a análise aplicada do comportamento tem encontrado dificuldades em lidar com as relações entre comportamento público e privados no âmbito clínico. Guilhardi (1995) afirma que Skinner não se propôs e não fez incursões sistemáticas no contexto clínico e, não ofereceu, portanto um modelo teórico voltado à prática clínica.

Anderson, Hawkins, Freeman & Scotti (2000) afirmam que o papel do pensamento, sentimentos e outros eventos privados têm recebido muita atenção nas principais abordagens psicológicas, mas tem sido virtualmente ignorado na análise do comportamento, pelo menos, até recentemente. Afirmam ainda, que embora os eventos privados sejam aceitos como existentes, seu lugar em uma ciência natural do comportamento não está bem estabelecido. Contudo, Anderson, et al (2000) alertam, que qualquer classificação de eventos privados deve ser baseada na melhor evidência disponível das ciências naturais.

Simonassi & Cameschi (2003) avançam na análise de comportamentos verbais privados em uma ciência do comportamento humano. Os autores relatam que, o que não deve acontecer é atribuir status causal apenas a eventos públicos e status de conseqüências aos eventos privados. Os trabalhos teóricos e empíricos devem avaliar como incorporar tais eventos numa ciência básica e aplicada.

Neste sentido, Anderson et al (2000, p. 9) sugerem:

“Se os analistas de comportamento tivessem feito maiores esforços para estudar e conceituar o papel do pensamento no comportamento humano – como Skinner (1957/1978d) e Staats (1996), por exemplo, fizeram – muito mais terapeutas comportamentais e outros cientistas do comportamento poderiam estar envolvidos e contribuindo para a causa do desenvolvimento compreensivo e integrado das ciências naturais do comportamento humano. Como resultado, aquela ciência estaria mais avançada na compreensão e habilidade para influenciar o comportamento humano”.

## **6. A Teoria de Staats sobre a Depressão**

Staats (1996), tem procurado desenvolver estudos sistemáticos sobre a complexidade do comportamento humano, inclusive os eventos comportamentais internos, numa perspectiva mais ampla. Para o autor, comportamentos internos podem assumir as funções de estímulos e, desse modo, afetar o comportamento numa cadeia comportamental. Como Skinner afirma que as origens do comportamento devem ser buscadas no ambiente.

Britto (2003) afirma que Staats apresenta uma série de princípios que completam os propostos por Skinner com a finalidade de estudar os fenômenos comportamentais internos sem se afastar do método experimental e da observação, ainda que ajustando ambos métodos para o estudo do comportamento humano complexo. Um exemplo é a análise da relação entre emoção e comportamento na relação de interdependência do condicionamento clássico e operante.

Ao analisar o significado evolutivo biológico da emoção Staats (1996) afirma que os organismos evoluem de acordo os princípios do condicionamento clássico e operante. O condicionamento clássico e as emoções são vistos como tendo funções adaptativas, pois existe um aparato biológico considerável implicado na aprendizagem e experiência das emoções. Assim, para Staats (1996), a experiência da emoção é central e não colateral.

As respostas emocionais são eventos que ocorrem dentro do corpo, os organismos experimentam estados fisiológicos por natureza, tais como, sentimentos de dor, prazer ou de medo, respostas sensoriais – que produzem um novo estímulo, também interno. Para Staats (1996), tais respostas internas podem produzir sensações com características estimulares e, assim, o organismo pode aprender

respostas motoras a estes estímulos emocionais. Tais eventos não são acessíveis a nenhuma outra pessoa, além daquela que experiencia.

De acordo com Britto (2003), Staats oferece uma interpretação a respeito do comportamento de deprimir-se que contribui com um programa de teoria e pesquisa. As descrições do humor deprimido ou a perda do interesse e prazer constitui-se um estado emocional negativo e o fato desse estado ser experienciado a maior parte do dia, a cada dia, conforme descreve a Associação Americana de Psiquiatria, indica que não é uma resposta emocional efêmera.

Desse modo, um aspecto importante do trabalho realizado por Staats (1996), é a descrição da depressão como um estado emocional negativo, conforme demonstra a figura abaixo:



Figura 1: Modelo proposto por Staats (1996) para a depressão.

A Figura 1 demonstra que, segundo a teoria de Staats (1996), a depressão constitui-se num círculo vicioso, cujo comportamento disfórico é um *continuum*. De forma descritiva e inter-relacional, o indivíduo deprimido, em consequência de seus Repertórios Comportamentais Básicos (RBC), de sua história de vida (S1 e RBC) e de sua situação atual (S2), experimenta um estado emocional negativo de disforia (EE). Por conseguinte, a disforia afeta, desagradavelmente, o comportamento do indivíduo. Este comportamento atinge, então o meio ambiente social do indivíduo (S3). Este ambiente social, por sua vez, impõe ao indivíduo deprimido o aprofundamento da disforia (EE).

A delimitação dos comportamentos depressivos neste modelo aponta para outras implicações. Na cadeia comportamental, o estado emocional negativo induzirá outros comportamentos negativos, tanto do tipo lingüístico-cognitivo como sensório-motor. Através dos relatos verbais que são as respostas a estes eventos internos, estão as falas negativistas recorrentes de morte ou suicídio, bem como as descrições dos sentimentos de desvalorização, incapacidade ou fazer mal as coisas. Tais relatos verbais têm um impacto negativo em outras pessoas (Staats, 1996).

De fato, as pessoas deprimidas experimentam pouco ou nenhum prazer em atividades usuais como na alimentação ou atividade sexual. O estado emocional negativo forte afeta a experiência das respostas emocionais emparelhadas aos estímulos positivos de comida ou sexo. Assim, se tais estímulos não eliciam resposta emocional positiva, então não fortalecem o comportamento de procurá-los. Conseqüentemente, a pessoa deprimida manifesta menos apetite e perda do peso. A freqüência do comportamento sexual também diminui (Staats, 1996).

Ao estado emocional negativo, crescem-se os estímulos que provocam respostas emocionais negativas: a pessoa deprimida chorará mais que o usual em respostas aos eventos tristes e as más notícias, se irritará mais facilmente; conseqüentemente, no estado emocional negativo, a pessoa deprimida manifestará sofrimento sensório-motor, como por exemplo, a dor, o abatimento físico ou moral. Por outro lado, quando uma pessoa está deprimida, a resposta emocional positiva a todos os estímulos diminui, dando lugar a uma diminuição típica de atividade. Assim, o valor potencial de determinados comportamentos diminui em freqüência. Daí a baixa taxa de resposta da pessoa deprimida (Staats, 1996).

Portanto, para Staats (1996) há interação entre tais eventos, ou seja, o estado emocional negativo pode originar-se pelas perdas ambientais, o que por sua vez, afeta a resposta a outros estímulos e o valor de reforçamento destes estímulos. O estado emocional negativo afeta também a autolinguagem, isto é, as palavras que a pessoa deprimida diz para si mesma. Como exemplo, as falas negativas, a autoculpabilidade, as preocupações são eventos poderosos que provocam e prolongam por si mesmas, emoções negativas que contribuem para manutenção dos comportamentos depressivos.

Assim, num processo de interação contínua, o comportamento deprimido do sujeito, os relatos verbais negativos, a recusa em participar das atividades, o abatimento físico e motor podem exercer efeito no ambiente social, que repercute no próprio indivíduo e nas pessoas com as quais ele convive.

Para Staats (1996), eventos ambientais negativos podem influenciar a ocorrência de depressão, por exemplo, a perda do trabalho, a morte de pessoas queridas, ser rejeitada por uma pessoa, velhice entre outros. Todavia, nem todas as pessoas que enfrentam tais contingências se deprimem. O fator precipitante pode ser a projeção verbal que ocorre internamente no sentido de que o cenário não melhorará. Essa projeção verbal, como já citada pode ser comparada a autolinguagem, mesmo quando o indivíduo se depara com situações consideradas benéficas à maioria das pessoas que o rodeiam e as circunstâncias externas parecem boas, este não procura vivenciá-las como tal.

O indivíduo pode, mesmo que alguma situação no momento seja boa, poderá interpretá-la como algo passageiro e que não valha a pena vivenciá-lo positivamente, pois rapidamente tudo voltará a ser triste, negro, e de difícil resolução – para ele – como sempre foi experienciado. Isso nos remete ao fato de

que não se pode saber o que está acontecendo na intimidade não observável da vida do indivíduo. Uma pessoa com graves problemas familiares, trabalho insatisfatório, preocupações excessivas, vida social pobre às vezes se dá conta progressivamente que seus sonhos e esperanças nunca serão realizados. Esse 'dar-se conta de' de acordo com Staats (1996) pode conduzi-la à depressão.

Também as circunstâncias ambientais atuais com as quais a pessoas se depara, podem ser deficientes ou inapropriadas afetando a qualidade das emoções experienciadas. Estas emoções estão intimamente ligadas às perdas geradas pelos infortúnios, podendo eliciar respostas emocionais negativas.

Na vida de uma pessoa pode haver muitos estímulos que evocam uma resposta emocional negativa. E, alguns até paradoxais, por exemplo, o nascimento de um filho ou o receio de assumir uma responsabilidade ameaçadora quando um emprego há muito tempo almejado é alcançado (Staats, 1996).

Para Staats (1996), muitas pessoas mesmo estando diante de um infortúnio não sofrem de depressão. Os muitos estímulos negativos vividos em sua vida podem não gerar uma resposta dramática. Sugere que como não se acessa o mundo interno da pessoa, deduz-se que, mesmo quando vivencia situações benéficas, este tende a comportar-se como se nada fosse melhorar em sua vida. Como exemplo de uma pessoa em que os estímulos negativos podem alterar suas respostas: uma pessoa que foi reprovada no vestibular para medicina, passa a vivenciar tal resultado como o final de seus sonhos, o fim de vida profissional, sinal de incompetência e incapacidade em busca de outras oportunidades. Já outras pessoas, conforme seus RBC's, quando ocorrem situações negativas conseguem produzir estímulos positivos e gerar respostas que os conduzirão sempre mais na busca do seu ideal.

Staats (1996) faz referências a pesquisas onde se postulam que a depressão é herdada e que sua causa pode ser encontrada em disfunções neuroendócrinas. É sugerido que a depressão resulta da deficiência de norepinefrina no cérebro e a mania é causada pelo excesso dessa substância que facilita a transmissão dos impulsos nervosos. Estudos visando respaldar tais hipóteses demonstraram que na urina de pessoas deprimidas há excesso de norepinefrina e o tratamento de pessoas maníacas com carbonato de lítio reduz tanto a mania quanto o nível dessa substância no cérebro.

Todavia, Staats (1996, p. 286) aconselha prudência ao interpretar tais estudos: “Aumentos de norepinefrina podem ser o *resultado* da depressão em vez de sua causa”. As drogas atenuam o estado emocional negativo dos deprimidos e, havendo mudança nesse estado, haverá modificações no comportamento.

Sabe-se que substâncias químicas podem efetivamente, afetar os mecanismos emocionais do cérebro, por exemplo, o álcool como as drogas podem inibir ou exaltar o estado emocional. Por outro lado, estudos demonstram que níveis reduzidos de catecolaminas em pessoas deprimidas possibilitaram o retorno à normalidade após intervenções com antidepressivos.

Tais fatos, de acordo com Staats (1996), não mostram que a depressão iniciou quando os cérebros dos sujeitos começaram a ficar deficientes em catecolaminas. A deficiência poderia ter ocorrido devidos aos eventos do meio ambiente/repertórios de comportamentos que produziram um estado emocional negativo. De acordo com Staats (1996 p. 286):

“Quando um indivíduo com certos repertórios básicos de comportamento se encontra face uma situação vital que elicia um estado emocional negativo, *isto ocorre mediante a mudança da*



*fisiologia do cérebro*. Geralmente, são os repertórios básicos de comportamento individuais e situações de vida que determinam o estado fisiológico, não o contrário”.

Esta é uma hipótese a ser empiricamente verificada diz o autor. É necessário investigar visando provas, se o estado fisiológico é causado também pelo comportamento, pois se assim for, corrigindo o comportamento, corrige-se a depressão.

Staats (1996), sugere que as condições fisiológicas que explicam a depressão podem ser buscadas na análise de eventos ambientais que eliciam respostas emocionais negativas. Assim, aos estudiosos cabe um aprofundamento nas relações ambiente e comportamento que proverão o esclarecimento das circunstâncias que eliciam tais respostas.

Staats (1996) defende a proposta que se medir e observar sistematicamente o comportamento humano complexo em suas relações funcionais e de preferência *in natura* e não somente em ambientes onde as respostas sejam extraídas experimentalmente. E visando unificar as áreas, propõe que seja pautado no método experimental sem perder seus pressupostos fundamentais e os das duas gerações behavioristas anteriores.

Também Britto (2003), alerta para o desafio à investigação sistemática da depressão e outros transtornos comportamentais. Afirma a autora que é mais fácil e simples apontar para possíveis causas biológicas ou mentais e buscar na farmácia a solução do que investigar o comportamento humano complexo e as variáveis ambientais das quais ele é função.

## **7. Modelos Animais para a Depressão**

No artigo Desamparo Aprendido: um modelo animal de depressão, Hunziker (1993a) propõe que o controle e manipulação de variáveis ambientais e orgânicas nos estudos experimentais com animais muito auxiliam na identificação de tais causas patológicas. E aumenta a contribuição a nível teórico e prático no teste de diferentes procedimentos terapêuticos e profiláticos.

De acordo com Silva, 1977 (apud Hunziker, 1997b) o interesse pelos modelos experimentais em animais se deve à influência da indústria de tranqüilizantes que está ininterruptamente sintetizando e testando novas substâncias bem como do interesse científico em descobrir bases neurobiológicas para o comportamento complexo vivenciado pelos indivíduos. Muitas são as dificuldades com tais estudos, uma vez que o fenômeno estudado é um nome para classes complexas de comportamentos na interação com o ambiente. Neste sentido, as classes comportamentais encontram-se na maioria das vezes mal definidas. São priorizados aspectos topográficos e busca de variáveis biológicas para a etiologia. Em relação ao comportamento depressivo acredita-se que seria determinado por mecanismos biológicos disfuncionais.

Graef (1990) afirma que o conhecimento das bases neuroquímicas da depressão é ainda insatisfatório e as hipóteses correm os riscos de serem descartadas a curto ou médio prazo. Ainda assim, algumas alterações orgânicas têm sido correlacionadas com quadros depressivos como, por exemplo, a pessoa deprimida apresenta alterações nos sistemas de neurotransmissão central da serotonina, dopamina, noradrenalina, entre outros.

Face ao exposto, é possível falar como Skinner (1954b), que as variáveis ambientais produzem efeitos fisiológicos que podem ser inferidos do

comportamento, ou seja, as condições corporais podem ser alteradas quando o organismo interage com o ambiente.

Hunziker (2001c) afirma que por questões éticas nem sempre se pode construir com humanos, histórias comportamentais que esclareçam sobre determinadas associações de contingências. O laboratório animal torna-se, em alguns momentos, essencial para o avanço de uma série de relações contingenciais que se sucedem de forma a permitir uma investigação sistemática da influência das contingências passadas sobre o comportamento que o organismo apresenta.

Um exemplo deste tipo de investigação é o modelo do desamparo aprendido proposto por Seligman (1977), com a sugestão de um modelo animal de depressão.

O experimento realizado sobre o desamparo em animais envolveu três grupos de sujeitos submetidos a duas sessões sendo: na primeira sessão, no grupo controlável, um dos sujeitos foi submetido a estímulos aversivos seriam dispensados após a emissão das respostas previamente especificadas sendo que o sujeito não poderia escapar dos estímulos aversivos apresentados; o segundo sujeito, do grupo incontrolável, recebeu simultaneamente os mesmos estímulos, porém sem a possibilidade de interrompê-los; os sujeitos do terceiro grupo, grupo ingênuo, foram colocados na caixa experimental, sem os estímulos aversivos.

Após vinte e quatro horas todos os sujeitos foram submetidos a uma situação de aprendizagem. Nesta, os estímulos aversivos poderiam ser interrompidos através da emissão de uma nova resposta – a de fuga. Os resultados do estudo demonstraram que tanto os animais do grupo controlável como do grupo ingênuo aprenderam igualmente a resposta de fuga. O mesmo não aconteceu com os animais do grupo incontrolável, que não aprenderam, ou aprenderam lentamente, a resposta de fuga (Hunziker, 1997b).

Hunziker (1997b) esclarece que diferentes hipóteses foram feitas para explicar o desamparo. A mais difundida é chamada de desamparo aprendido, isto é, o organismo aprende que não há relação entre as suas respostas com aquelas que ocorrem no meio, podendo inclusive se generalizar e interferir na adaptação às novas contingências ambientais.

Hunziker (1993a) relata que o estudo do desamparo é importante pela análise da história de vida como um evento crítico na determinação do comportamento presente. A autora relata ainda que, a mera transposição dos dados de laboratório para o estudo da depressão clínica é questionável. Todavia, não se pode negar as contribuições desse modelo de investigação para o estudo do comportamento (Hunziker, 2001c).

Diferentes formulações teóricas tentaram explicar o desamparo, sendo que a maioria propunha que o uso incontrolável de choques produz o efeito de tornar o sujeito menos ativo, porém Bracewell & Black, 1974; Glazer & Weiss, 1976; Levis, 1976, (conforme citado por Hunziker, 1993a, p. 491) concluíram que:

“A inatividade pode ser aprendida através de contingências acidentais supostamente presentes na condição de incontrolabilidade, ou pode ser decorrente da depleção de alguns neurotransmissores cerebrais que reduziria a atividade motora do sujeito”.

Observou-se que a inatividade poderia ser aprendida ou biologicamente imposta, e que tem como consequência a dificuldade de inicialização da resposta. Foi também sugerido por hipóteses em vários estudos da época, que a dificuldade

de aprendizagem operante observada não é processo de aprendizagem em si, mas um subproduto da baixa atividade motora dos animais em teste.

Apesar disso, a análise da inatividade ganhou destaque entre vários estudiosos, que chegaram à seguinte formulação de Hunziker (1993a, p. 491):

“Os indivíduos submetidos a incontrolabilidade aprendem que os eventos do meio ocorrem independentemente do seu comportamento e essa aprendizagem interfere na aprendizagem oposta de fuga ou esquiva”.

Vários estudos feitos sobre desamparo exprimem padrões de aprendizagem de fuga emitida pelos sujeitos ingênuos e latências muito elevadas em sujeitos submetidos previamente a choques incontroláveis, o que determina o processo de aprendizagem instrumental.

Segundo Hunziker (1993a, p. 493):

“... esta formulação teórica analisa o desamparo como um processo de aprendizagem operante associativa em função de uma história passada específica e não como subproduto de outros processos que pode ter fator desencadeante na interação com o meio ambiente, e também se mostra mais consistente do que a proposta de inatividade, justificando a proposição desse comportamento como um modelo de depressão humana”.

Fazendo um breve retrospecto vimos que a análise de vários processos adotados em pesquisas nos remete à necessidade de avaliar o uso do comportamento muito além do que um mero instrumento de testagem, como em pesquisas clínicas ou laboratoriais. Deve-se passar a observá-lo como uma

complexa interação entre o organismo e o meio ambiente, fazendo uso indispensável da história de vida e de uma avaliação funcional das contingências em vigor.

Aos seres humanos, é natural que o caráter evolutivo, biológico das emoções, permita a função adaptativa. Ao experienciarmos uma emoção – sentimos – esta resposta implicada produz um estímulo interno.

O indivíduo ao experienciar uma emoção que lhe cause tristeza, tende a se comportar de modo que todo o seu repertório comportamental seja negativo, como exemplo, pode apresentar choro constante, excesso ou falta de apetite, insônia ou hipersonia, anedonia, também pode deixar de realizar as tarefas corriqueiras que lhe davam prazer. E tudo isto, como já citado está intimamente ligado ao seu repertório básico de comportamento, ou seja, aos seus comportamentos experienciados e aprendidos em situações anteriores.

Da mesma forma, a realização de algo há muito esperado, como exemplo, um aumento salarial ou uma promoção, poderá produzir um estímulo interno, uma emoção, a qual pode levá-lo a apresentar uma gama de repertórios comportamentais positivos, como chorar de alegria, saltar para o ar, gritar de euforia, entre outros.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo submeter as participantes da pesquisa a situação de que serão positivamente reforçadas somente quando verbalizarem frases positivas e ao verbalizarem frases negativas não serão reforçadas, ou seja, as participantes serão submetidas a um processo onde não ser reforçado poderá provocar frustração e elas gradativamente poderão vir a apresentar anedonia - pelo processo de medida de escolhas - que em geral são mais reforçadores. No caso em questão pretende-se observar que, ao submeter as

participantes ao processo operante de compreensão de reforçadores, elas gradativamente aumentem a emissão de verbalizações de frases positivas.

Neste trabalho poderá ser observado como as participantes diagnosticadas com depressão reagiram diante de situações, que podem vir a acentuar suas possíveis manifestações de frustração.

Staats (1996) avalia desse modo, porque a experiência da emoção proporciona o mecanismo pelo qual a experiência afeta a conduta operante e, assim nos possibilita compreender melhor o comportamento do indivíduo como um todo.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram desse estudo duas pessoas do sexo feminino com o diagnóstico psiquiátrico de depressão, sendo que as mesmas serão mencionadas somente por Participante 1 e Participante 2, com vistas a resguardar suas identidades.

Também esse estudo conta com a participação de um membro da família de cada participante que responderá um questionário em dois momentos da pesquisa (na Linha de Base-I e após a Intervenção-III) tendo o papel de informante.

A terapeuta-pesquisadora, é casada, tem 38 anos, mãe de três filhos, graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás e exerce concomitante outra pesquisa junto a crianças portadoras de Autismo na mesma Instituição e presta atendimento clínico em consultório particular.

#### **Participante 1.**

Do sexo feminino, 19 anos, aluna do 3º ano do ensino médio, residente em Goiânia. O pai, de 60 anos, era topógrafo, aposentado. A mãe, de 46 anos, advogada. Possui uma irmã mais nova de nove anos.

A Participante 1 contará com a mãe como informante.

A Participante foi convidada a participar da pesquisa que envolvia o processo terapêutico na Abordagem Comportamental onde haveria um número pré-determinado de sessões as quais não acarretariam ônus à participante. Em seguida, foram agendados dia, horário e local para a entrevista inicial.

No primeiro contato, a participante relatou à terapeuta-pesquisadora que há um ano e meio foi diagnosticada com depressão e iniciou o uso de Fluoxetina – 20



mg, duas vezes ao dia, em seguida, quando acometida por uma crise de estresse foi medicada com Lexapron – 10 mg, um comprimido ao dia, pela manhã. Relatou a interrupção do uso dos medicamentos há um ano e alegou que os sintomas depressivos voltaram em abril de 2003, após reprovação no vestibular para medicina.

A Participante verbalizou à terapeuta que vivenciava sintomas típicos e habituais descritivos de depressão, tais como: sonolência diuturna, afastamento do convívio familiar e social, quando então permanecia em seu quarto, deitada, com as luzes apagadas, janelas e cortinas fechadas. Verbalizou aumento de apetite, com conseqüente aumento de peso, chegando ao consultório na 1ª sessão pesando 100 kg. Seus relatos verbais descreviam autoculpabilidade, irritabilidade com os pais e irmã, desmotivação manifestada em participar de atividades que envolviam lazer contumaz como freqüentar a casa de amigos ou ir às aulas.

A Participante chegou ao consultório com dificuldades na respiração, não olhava e tampouco fixava os olhos na terapeuta, mantendo-se a maior parte do tempo – em média 20 minutos da sessão – de cabeça baixa. Vestia-se com roupas de cores escuras, dando preferência ao preto. Usava cabelos presos tênis, óculos de sol, não portava bolsa, somente a chave do carro e documentos. Apresentava-se inquieta na poltrona balançando constantemente as pernas, esfregando as mãos e estalando os dedos.

#### Participante 2.

Também sexo feminino, 41 anos, solteira, curso superior completo, residente em Goiânia. Filha de mãe aposentada e pai falecido. Possui duas irmãs, sendo uma mais velha, uma mais nova e um irmão mais velho, todos casados e sem filhos.

Participante 2 terá a irmã mais nova como informante que possui 30 anos, professora, casada, não tem filhos.

A Participante 2 também foi convidada a participar da pesquisa que envolvia o processo terapêutico na Abordagem Comportamental, composto de um número pré-determinado de 24 sessões, sendo que as mesmas não acarretariam nenhum ônus à participante. Em seguida, foi agendados o dia, horário e local para a entrevista inicial.

A Participante relatou sentir alta irritabilidade em situações comuns como dirigir, quando então resmungava e xingava os outros motoristas no trânsito. Ir ao supermercado seria uma tarefa fácil, se não fosse as enormes filas e a demora no atendimento nos caixas. O mesmo se remetia aos serviços bancários. Em suas horas de folga recolhia-se em casa a cuidar da mãe.

Comentou sentir fortes dores na coluna e no joelho direito, que atualmente a impediam de praticar esporte. Naquele período fazia exames dermatológicos, pois estava sob suspeita de ter desenvolvido Lúpus Eritematoso Sistêmico\*.

Alegou desânimo, quando então, permanecia a maior parte do tempo em casa deitada no sofá com a TV ligada sem, contudo prestar atenção na programação. Dizia-se sem vontade de fazer nada, até mesmo de procurar um novo emprego para completar sua renda mensal.

A Participante relatou também que quase nunca procura contato com amigos e, esporadicamente freqüentava a chácara de uma amiga.

Freqüentava curso de especialização na sua área profissional, com aulas bimestrais e com duração de uma semana.

---

\* Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), é uma enfermidade crônica, de causa desconhecida, que pode afetar a pele, as articulações, os rins, o sistema nervoso, as membranas serosas e outros órgãos. Ocorre aproximadamente 1 de 400 pessoas. A enfermidade aparece mais freqüentemente em pessoas de cor negra do que branca. Sua causa permanece desconhecida. (Wyngaarden e Smith, 1984, p.1881).

Seus relatos verbais descreviam reações de culpa como, por exemplo: *“Fiz tudo errado!”* Descrevia de forma negativa os eventos experienciados. Os relatos verbais eram descritos como sem perspectivas, dizendo-se desanimada sobre uma melhora profissional e possibilidade de encontrar uma companhia.

Evitava comentar detalhes de sua vida particular e quando questionada sobre os problemas que a afligiam, inicialmente limitava-se a responder: *“Não sei”*.

Quando indagada a respeito de seus relatos verbais, sempre fazendo uso de palavras emocionais negativas, a mesma alegava que os mesmos tiveram início após um ano do falecimento de seu pai, em meados de 2002.

Neste período, sua mãe deu início a comportamentos de dependência. Relatava alterações nos estados corporais como: taquicardia e dores no peito. Afirmava sentir-se só e com saudades do marido falecido.

Sobre seu relacionamento com a mãe verbalizava impaciência e irritação, mesmo ao lidar com situações do dia-a-dia da filha. Dizia-se vigiada pela mãe até mesmo em ligações telefônicas e almejava uma residência própria na qual *“tivesse paz”*, com liberdade para sair e chegar com qualquer pessoa, a qualquer horário e que não tivesse que dar satisfações.

Apresentou choro compulsivo na sessão e, ao final disse estar surpresa por ter falado tanto de si, e termina verbalizando: *“... estou aqui pra te ajudar”*.

## Ambiente e Materiais

Os procedimentos das sessões terapêuticas foram conduzidos pela mestrandia-pesquisadora, entre o período de 16 de maio a 08 de setembro do ano de 2003, em um consultório de uma clínica particular de atendimento psicológico em Goiânia. O consultório consistia de uma sala de quatro x três metros, com banheiro privativo. No mesmo havia uma escrivaninha, duas poltronas confortáveis em couro, uma estante, um divã, ar condicionado e apresentava ventilação e luminosidade apropriada.

O consultório foi equipado com uma câmera de vídeo com fitas de VHS, montada sobre um tripé e posicionada no canto esquerdo superior da sala. A Figura 2 mostra a planta baixa do consultório bem como a posição da filmadora.

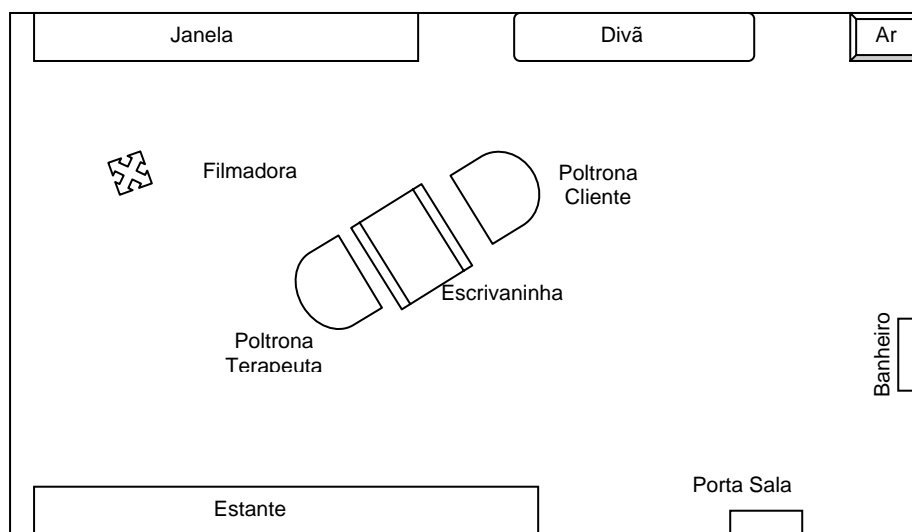


Figura 2 – Planta baixa do consultório terapêutico.

Foram utilizados na pesquisa, os seguintes instrumentos:

Câmera de Vídeo com Tripé para Máquina Fotográfica e Vídeo – Marca Sharp, Modelo VIEWCAM VL-E39B – 3,6 V DC, com Power Zoom 12 x, com um cabo adaptador para projeção direta da fita de vídeo para TV com tripé da marca BLUEsky, Modelo TR-1B.

Fita de VHS – Sony, Standard Grade/MP 120 – 8mm, com capacidade para duas horas de gravação.

Aparelho Receptor de Televisão em Cores – Marca Sharp, Modelo C-1485 – B, 14” e som estéreo.

Computador (PC) – Processador Athlon (™), 1.29 GHz, 256 MB de RAM, Monitor Samsung 17” Plug and Play, Mouse Microsoft PS/2, Teclado padrão de 102 teclas – Microsoft, Modem Agere Systems PCI Soft Modem, Gravadora CD e Drive CD – LG 52 x, Sistema Microsoft Windows XP Professional – Versão 2002 e Impressora – Marca HP, Modelo Deskjet 660C.

Para o melhor acompanhar o andamento da pesquisa e conseqüente evolução do processo terapêutico, foram utilizados os seguintes registros:

a). Autorização da Cliente para Procedimento – (Apêndice A) – Autorização assinada pela participante para o procedimento das sessões de atendimento psicológico, bem como a utilização de recursos terapêuticos de gravação em fitas de vídeotape.

A mesma é composta de uma declaração em que a participante concorda estar ciente do recebimento de tratamento especializado, sem que tenha que dispor de recursos financeiros para tal, podendo a participante solicitar a qualquer momento, o cancelamento das gravações, sem prejuízo da continuidade do atendimento.

b). Ficha de Identificação da Cliente – (Apêndice B) – Folha contendo espaço para os dados pessoais de identificação da participante, queixa principal, horários disponíveis para atendimento e espaço para observações, etc.

c). Ficha Controle de Procedimentos Adotados em Cada Sessão – (Apêndice C) – Folha resumo composta de número, data e procedimento adotado em cada sessão, num total de 24 sessões para cada participante, utilizado como controle particular da terapeuta/mestranda.

d). Questionário de História Vital (Lázarus, 1980) – (Apêndice D) – Trata-se de um questionário cuja finalidade é facilitar a coleta de dados sobre a história de vida da participante. O mesmo é composto de perguntas abertas, semi-abertas e fechadas, que englobam questões agrupadas nas seguintes áreas: Dados Gerais; Descrição dos Problemas; Dados pessoais; Dados laborativos; História sexual; História menstrual; História conjugal; Dados familiares; Dados adicionais; Autodescrição; História seqüencial e Palavras definidoras. Esse questionário foi entregue às participantes para ser respondido em casa e devolvido na sessão seguinte. Porém no *setting* de pesquisa, todas as respostas foram checadas pela terapeuta/mestranda, para a devida ratificação e/ou complementação dos dados apresentados.

e). Auto-avaliação do Estado Emocional no Início e Final de Cada Sessão – (Apêndice E) – Gráfico preenchido por intermédio de resposta verbal da participante, quando solicitada pela terapeuta sobre a auto-avaliação do seu estado emocional no início e no final de cada sessão, obedecendo a uma escala de 1 a 9, sendo que, quanto maior o valor, mais positivo e melhor seria considerado o estado emocional da participante.

f). Inventário de Depressão Beck (BDI) – (Apêndice F) – Trata-se de uma medida da intensidade da depressão, medida essa desenvolvida por Beck, Mendelsohn, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982), com tradução e adaptação brasileira por Cunha (2001). O inventário é composto de uma escala de auto-relato, 21 grupos de afirmações, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes da depressão com escores de 0 a 3. O BDI permite uma rápida avaliação de atitudes e sintomas globais da participante. Os itens do BDI – na seqüência - se referem a: Tristeza; Pessimismo; Sentimento de fracasso; Insatisfação; Culpa; Punição; Auto-aversão; Auto-acusações; Idéias suicidas; Choro; Irritabilidade; Retraimento social; Indecisão; Mudanças na auto-imagem; Dificuldade de trabalhar; Insônia; Fadigabilidade; Perda de apetite; Perda de peso; Preocupações somáticas; Perda da libido.

Pode-se obter o escore total do BDI, somando os escores de cada item correspondentes às alternativas assinaladas pela participante nos 21 grupos de afirmações com 4 opções em cada item sendo que na primeira opção o escore é sempre 0. O escore maior é 63 e se a participante assinalar mais de uma opção em cada item, considera-se a afirmação com valor mais alto para o cálculo do escore total. Ocorre que se a participante marcar deliberadamente alguma alternativa, então o escore desse item não é somado ao escore total; a estes pontos dá-se o nome de pontos de corte. O BDI pode ser avaliado conforme tabela abaixo:

Tabela I. Níveis e Escores do BDI para a versão em português.

Nível	Escores
Mínimo	0 – 11
Leve	12 – 19
Moderado	20 – 35
Grave	36 – 63

g). Folha de Registro de Mudanças Comportamentais (Montanero, 1997) – (Apêndice G) – Refere-se a um questionário que visa registrar as mudanças comportamentais manifestas da participante, sendo esta avaliada por um membro da família com o qual more e/ou conviva. Tal instrumento foi desenvolvido por Montanero (1997) onde o mesmo trata dos sintomas de estresse e foi readaptado pela mestrand/terapeuta para o tratamento da depressão. O mesmo é composto de duas partes assim distribuídas: Parte I (cinco itens): I) Motivação e Interesse; II) Sensações corporais; III) Interação social; IV) Hábitos diários (necessidades biológicas); V) Observações positivas e/ou negativas que se fizerem necessárias. Parte II: composta de nove questões abertas, semi-abertas e fechadas, onde o membro da família deverá relatar comportamentos que a participante não emitia antes da intervenção terapêutica, ou não manifestava interesse, porém que tenha emitido mudanças comportamentais durante e após a intervenção.

### **Procedimento**

O Delineamento de Reversão no formato ABAB-B foi utilizado para demonstrar controle experimental dos procedimentos utilizados.

A seleção das participantes da pesquisa ocorreu por intermédio de contato com um psiquiatra de uma clínica particular em Goiânia, o qual após o diagnóstico de depressão indicou as mesmas à mestrand/terapeuta.

A mestrand-pesquisadora pré-estabeleceu os critérios de seleção e contactou quatro pessoas que de acordo com a disponibilidade de dias e horários deveriam apresentar as seguintes características adequadas ao estudo:

- a) Ser diagnosticadas por psiquiatra como tendo sintomas depressivos;



- b) Disponibilidade de horário compatível com o andamento da pesquisa;
- c) Apresentar um repertório verbal-emocional negativo;
- d) Concordar em comparecer ao consultório duas vezes por semana durante o período selecionado para a coleta de dados;
- e) Não estar fazendo uso de medicamentos por pelo menos 90 dias.

Em seguida, ainda via telefone, a pesquisadora em breve exposição, relatou que a pesquisa a ser desenvolvida seria em caráter voluntário – sem ônus às participantes – tendo em seguida marcado dia, horário e local de atendimento. Com ambas as participantes foram acordadas duas sessões semanais de 50 minutos, sempre às 2<sup>as</sup> e 5<sup>as</sup> feiras, às 14:00 e 15:00 horas respectivamente.

O primeiro encontro entre a participante e a terapeuta/mestranda teve duração de 90 minutos, quando foram apresentadas as informações gerais sobre a pesquisa, possíveis objetivos a serem alcançados, confirmação de local, horário e dias de atendimento, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Na seqüência foi apresentada a autorização da cliente para procedimento (Apêndice A), onde foi obtida a assinatura de consentimento para filmagem das sessões, que seriam utilizadas como dados de pesquisa dessa dissertação de mestrado.

Foi fornecido às participantes os esclarecimentos necessários sobre o sigilo na identificação e das informações ali obtidas, bem como na divulgação dos resultados da pesquisa em publicações e/ou eventos científicos.

Em seguida foi aplicado o BDI e preenchida a Ficha de Identificação do Cliente.

Para aplicar o BDI, a mestranda/terapeuta solicitava à participante que marcasse com um círculo qual das 4 alternativas de cada um dos 21 grupos de

afirmações do inventário que descrevesse melhor como estava se sentindo frente aos graus de depressão descritos no BDI.

Beck (1961), propôs a auto-administração e a administração oral do BDI, sendo que a forma adotada pela a mestranda/terapeuta para com as participantes, foi a auto-administração.

Assim, foi entregue o protocolo do BDI à participante, e, solicitado que preenchesse as informações requeridas lendo em seguida em voz alta as instruções impressas na parte superior:

“Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1,2 ou 3) próximo à afirmação que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na *última semana, incluindo hoje*. Se várias informações parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em torno de cada uma. *Tome cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer a sua escolha* (p.11)”.

Se a participante apresentasse dúvida entre diferentes alternativas de certo a terapeuta/mestranda orientava-a a fazer sua escolha, de acordo com sua primeira impressão.

No caso de omissão de algum item, a participante era solicitada a reconsiderá-lo. Se ocorresse da participante marcar alternativas idênticas em todos os itens, era comentado com esta que raramente as pessoas se sentem de maneira idêntica em relação a todos os sintomas e que, talvez, fosse melhor reconsiderar suas escolhas.

Quando a participante considerava terminada a tarefa, a mestrand/terapeuta revisava cuidadosamente todo o protocolo, verificando se algum item teria sido saltado ou omitido, com especial atenção à questão referente à perda voluntária de peso do item 19, pois conforme já citado, no DSM-IV-TR™ (2002, p.349), podem ocorrer episódios de ganha ou perda de peso, podendo essa ser voluntária ou não.

Ao final da sessão, foi entregue e solicitado a ser preenchido na casa da participante, o Questionário de História Vital (Lázarus, 1980), bem como sua devolução na sessão seguinte.

Paralelamente, a mestrand/terapeuta solicitou à participante que mediasse um encontro com um membro da família para o preenchimento da folha de Registro de Mudanças Comportamentais (Montanero, 1997).

O Inventário de Depressão Beck e o Registro de Mudanças Comportamentais foram aplicados para ambas participantes em dois momentos distintos da pesquisa: antes do início dos trabalhos e ao final deste, isto é, antes da Linha de Base-I (LB-I) e após a Intervenção-III (INT-III).

Como parte dos procedimentos utilizou-se o Sinal de Aprovação, como um sorriso, a expressão “Ótimo!, ou Muito bem!”, emitido pela terapeuta contingente às verbalizações positivas pertinentes às situações vivenciadas pelas participantes.

No caso da Participante 1, que estava com sobrepeso, quando verbalizasse que havia comido menos, ou que tivesse tido maior controle sobre sua alimentação, a mesma seria reforçada positivamente pela terapeuta e em situação inversa, com relato de verbalizações negativas, como desentendimentos com o pai, aumento ou não redução do tempo de sono, ou isolamento social, a mesma não seria reforçada, ou seja, receberia um Sinal de Desaprovação da terapeuta, como um balançar negativo de cabeça, nenhuma verbalização, ou até mesmo um questionamento

sobre como ela poderia proceder de maneira diferente para conseguir melhorar seu estado de humor e realizar tarefas que lhe proporcionassem satisfação e alegria.

A Participante 2, como exemplo, seria reforçada quando verbalizasse uma melhora no estado emocional negativo, quando conseguisse conversar com a mãe sem se irritar, ou não gritasse ou gesticulasse ao trânsito. E em relatos verbais negativos com situações de desânimo, não realização de objetivos pré-estabelecidos pela mesma, esta não seria reforçada, seguindo o mesmo procedimento adotado para a Participante 1.

Linha de Base-I e Linha de Base-II – (LB-I / LB-II):

As sessões individuais foram realizadas no período vespertino e aconteciam duas vezes por semana com cada participante. Durante as sessões, a participante sentava-se diante da terapeuta em uma das poltronas.

Todas as 48 sessões, sendo 24 com cada participante foram filmadas pela mestranda/terapeuta.

A participante foi informada de que o tratamento a ela proposto se baseava em procedimentos da Terapia Comportamental (TC) e em seguida lhe foi entregue e discutido um texto explicativo intitulado: As Bases da Terapia Comportamental (anexo 5), baseado nos princípios de Caballo (2002).

O registro da Auto-avaliação do Estado Emocional no Início e Final de Cada Sessão (Apêndice E), foi obtido pela mestranda/terapeuta. Era solicitada à participante que observasse a si mesma frente a seus estados emocionais.

Em seguida a terapeuta/mestranda pedia à participante que avaliasse seus estados emocionais no início de cada sessão (se emocionalmente bem ou mal) utilizando uma escala de um a nove (1 a 9) pontos (Apêndice E).

Foi solicitado às participantes que respondessem da seguinte forma:

“Avalie o seu estado emocional utilizando os valores de um a nove. Se você esta emocionalmente ‘muito bem’, anote nove. Se você está se sentindo emocionalmente ‘muito mal’, anote um. Se você esta emocionalmente ‘mais ou menos’ anote 5. Se você esta emocionalmente ‘pior que mais ou menos’ anote um número de dois a quatro. Se você se sente ‘melhor que mais ou menos’ anote um número de seis a oito. Lembre-se que um número baixo significa que você está emocionalmente mal e um número alto que você está emocionalmente bem”.

O mesmo procedimento foi adotado para o registro dos estados emocionais no final da sessão para ambas participantes.

Em seguida a mestrand/terapeuta solicitou à participante que relatasse seus problemas e queixas principais. À medida que ia acontecendo a troca verbal entre ambas, a mestrand/terapeuta registrava a frequência de duas classes de respostas verbalizadas pela participante: 1) Relatos verbais positivos e 2) Relatos verbais negativos anotando suas respectivas frequências na Ficha Controle de Procedimentos Adotados em Cada Sessão (Apêndice C).

Quando a cliente verbalizava uma frase positiva, a mestrand/terapeuta marcava com um “ponto” (•) e para a verbalização de frases negativas marcava-se um “xis” (x). Quando a cliente chorava, a mestrand/terapeuta esperava em silêncio o reinício dos relatos verbais.

Dessa forma, a LB-I e LB-II tiveram a duração de três sessões cada, e após a LB-I, foi iniciada a Intervenção para ambas participantes.

Intervenção-I, II e III (INT-I / INT-II / INT-III):

A Intervenção-I teve a duração de seis sessões bem como as Intervenções-II e III. Nessas fases, a mestranda/terapeuta reforçava os relatos verbais positivos – de acordo com sua história de hábitos diários relatados – das participantes com um “Sinal de Aprovação” contingente às verbalizações positivas e um “Sinal de Desaprovação” contingente às verbalizações negativas, também baseadas em hábitos diários das participantes.

Quando a Participante 1 emitia um relato verbal positivo, por exemplo, *“Sábado fui ao show do DCE”*. – considerado positivo, pois a mesma quase não se ausentava de casa – então a mestranda/terapeuta apresentava o reforço generalizado, um “Sinal de Aprovação” de forma verbal, *“Certo!”* *“Muito bom!”*, *“Que ótimo!”*, ou inclinava a cabeça concordando com a participante ou ainda sorrindo e em seguida verbalizava um comentário pertinente ao relato verbal da participante: *“Ótimo! Com tais comportamentos o processo acontecerá mais rápido.”*

Do mesmo modo, quando a Participante 1 emitia um relato verbal negativo, por exemplo, *“No meu mundo é tudo diferente. As pessoas não me entendem”*, pois a mesma dizia sentir-se excluída e culpada por ter também se afastado dos amigos durante a depressão. Então a mestranda/terapeuta emitia o “Sinal de Desaprovação” na forma verbal como no exemplo, *“Pode não ser bem assim”*, *“Está errado!”*, ou balançava a cabeça negativamente discordando da participante ou franzindo as sobrancelhas e lhe dirigia uma questão a respeito do seu relato. Por exemplo, *“Fale sobre sua definição de ser diferente?”* ou *“O que você faz para ser entendida pelas pessoas que te cercam?”* ou *“O que você mudou em seus relacionamentos?”*.

Vale ressaltar que as intervenções ocorreram concomitantemente para ambas participantes.

As transcrições e análises dos dados filmados começaram após a última sessão da Intervenção-III (INT-III), para as duas participantes. O procedimento para transcrição das sessões filmadas consistiu na observação e registros de todas as falas positivas das Participantes 1 e 2 nas quarenta e oito sessões, sendo vinte e quatro de cada participante. Do mesmo modo procedeu-se a enumeração seqüencial das falas negativas.

Na aplicação da Folha de Registros de Mudanças Comportamentais avaliadas por membros da família, era solicitada que esta pessoa assinalasse cada uma das frases da Folha de Registro como 'Bastante' pra o valor 5, 'Muito', para o valor 4, 'Normal' para o valor 3, 'Um pouco' para o valor 2 e 'Absolutamente não' para o valor 1, considerando o comportamento da pessoa observada frente a sua própria avaliação. Assim, o questionário foi aplicado na Linha de Base-I e após a Intervenção-III sendo que, após o preenchimento a mestrande-terapeuta agradecia ao membro da família pela participação.

Foi solicitada às participantes uma avaliação por escrito ao final do processo.

## **Resultados e discussão**

Os resultados do estudo foram analisados e serão apresentados em forma de gráficos. Por se tratar de um Delineamento de Reversão ABAB-B, os dados seguem as etapas que representam as fases de coleta de dados. Linha de Base-I (LB-I) seguida pela fase de Intervenção-I, com retorno a fase de Linha de Base-II (LB-II) seguida por duas fases de Intervenção: Intervenção-II e Intervenção-III.

O delineamento utilizado permitiu demonstrar o controle experimental e apontar que houve um aumento nas verbalizações das frases positivas e uma redução das emissões das falas negativas durante a intervenção sob a ação do 'Sinal de Aprovação' contingente às verbalizações positivas e 'Sinal de Desaprovação' contingente as verbalizações negativas. Com relação à avaliação das notas para os estados emocionais das participantes no início e final das sessões os dados indicaram oscilações com tendência à melhora durante as três fases da intervenção.

O BDI aplicado antes do início dos trabalhos e no final da intervenção-III demonstrou redução nos escores indicativos da intensidade da depressão. Do mesmo modo, os dados dos questionários respondidos por um membro da família das participantes demonstraram que houve uma redução dos comportamentos indicativos de depressão bem como um aumento do repertório de comportamentos adaptados.

A seguir serão apresentados os resultados separadamente para as duas participantes.

Ao final dos trabalhos, a mestrande-terapeuta solicitou às Participantes 1 e 2 uma avaliação por escrito do processo terapêutico por elas experienciado.



## **Participante 1**

### **I - Registros das Verbalizações Positivas e Negativas**

Os resultados apresentados na Figura 3 demonstram que a Participante 1 verbalizou na 1ª sessão da Linha de Base-I, 71 frases positivas e 152 frases negativas. Na 2ª sessão o número de frases positivas foi 37 e 153 frases negativas. Na 3ª sessão observa-se 18 verbalizações positivas e 53 negativas.

Durante a Intervenção-I, observa-se que na 4ª sessão a Participante 1 verbalizou 44 frases positivas e 37 negativas. Na 5ª sessão 53 verbalizações positivas e 49 negativas. Os dados da 6ª sessão demonstram uma diminuição das verbalizações observadas, uma vez que ocorrem 43 frases positivas e 5 frases negativas. Na 7ª sessão, tem-se o número de 40 verbalizações positivas e apenas 3 verbalizações negativas. Na 8ª sessão a Participante verbaliza 45 frases positivas e 36 negativas. Ao final da Intervenção-I, na 9ª sessão ocorrem 43 verbalizações positivas e apenas 4 verbalizações negativas.

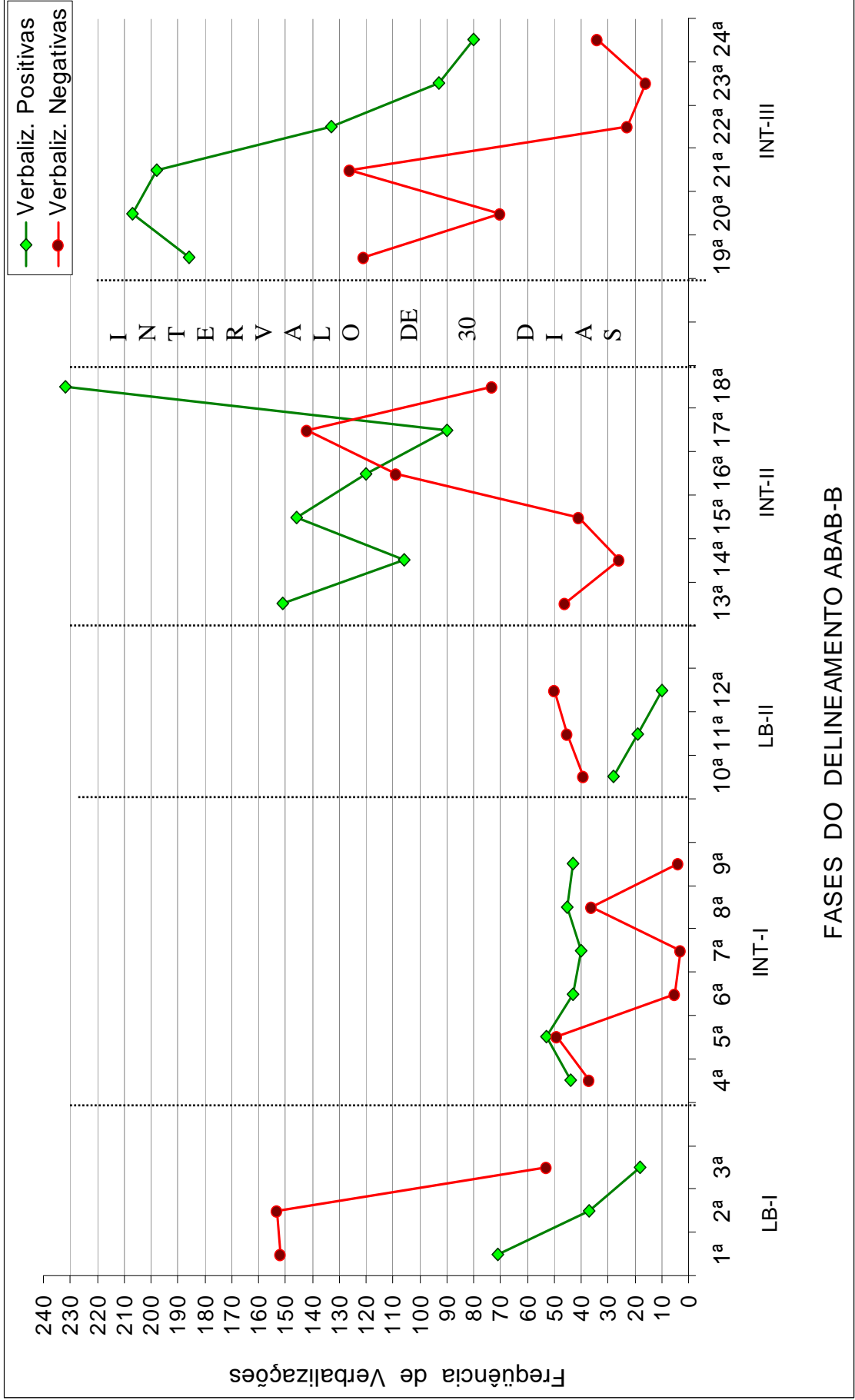
Quando no período da Linha de Base-II, na 10ª sessão, a Participante verbalizou 28 frases positivas e 39 frases negativas. Durante a 11ª sessão o número de verbalizações foi 19 frases positivas e 45 negativas e na 12ª sessão, ao término da LB-II, os dados são: 10 verbalizações positivas e 50 negativas.

Na Intervenção-II, ocorreu um aumento no número de verbalizações positivas. Nesta fase as ocorrências das falas positivas novamente foram reforçadas com o Sinal de Aprovação contingente. Os dados mostram que na 13ª sessão ocorreram 151 verbalizações positivas e 46 verbalizações negativas. Na 14ª sessão tem-se 106 verbalizações positivas e 26 negativas. Na 15ª sessão observa-se o número de 146 frases positivas e 41 frases negativas. O número de verbalizações

positivas na 16ª sessão foi 120 e as verbalizações negativas foram 109. A 17ª sessão apresenta 90 verbalizações positivas e 142 negativas. Na 18ª sessão ocorre inversão na quantidade de verbalizações, apresentando 232 frases positivas e 73 frases negativas.

Após um intervalo de 30 dias deu-se início à Intervenção-III. Os resultados são os seguintes: na 19ª sessão tem-se 186 verbalizações positivas e 121 verbalizações negativas. Na 20ª ocorreram 207 verbalizações positivas e 70 verbalizações negativas. Já a 21ª sessão apresenta a freqüência de 198 frases positivas e 126 negativas. A 22ª sessão revela-se com 133 verbalizações positivas e 23 negativas. Na 23ª sessão ocorreram 93 verbalizações positivas e 16 negativas. E na 24ª e última sessão 80 verbalizações positivas e 34 verbalizações negativas da Participante 1.

Após um período de trinta dias na fase de Intervenção-III, foi possível observar que houve um aumento da freqüência das verbalizações positivas.



**FASES DO DELINEAMENTO ABAB-B**

Figura 3 - Frequência de Verbalizações Positivas e Negativas da Participante 1 em cada uma das sessões das fases a que foi submetida.

Com a soma das freqüências das verbalizações positivas e verbalizações negativas ao longo do Delineamento ABAB-B foi construída a Tabela II abaixo:

Tabela II: Avaliação Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas – Participante 1, em cada uma das fases a que foi submetida:

<b>Fases do Delineamento</b>	<b>Verbalizações Positivas</b>	<b>Verbalizações Negativas</b>
LB-I	126	358
INT-I	268	134
LB-II	57	134
INT-II	845	437
INT-III	897	390
<b>Freqüência</b>	<b>2.193</b>	<b>1.453</b>
% Verbaliz. Positivas nas <b>LB-I e LB-II</b>	<b>X = 91,5 %</b>	
% Verbaliz. Negativas nas <b>LB-I e LB-II</b>		<b>X = 246 %</b>
% Verbaliz. Positivas nas <b>INT-I, II e III</b>	<b>X = 670 %</b>	
% Verbaliz. Negativas nas <b>INT-I, II e III</b>		<b>X = 320 %</b>
$\Sigma$ Verbaliz. Negativas e Positivas nas <b>LB-I e LB-II</b>	$\Sigma = 675$	
$\Sigma$ Verbaliz. Negativas e Positivas nas <b>INT.I , II e III</b>	$\Sigma = 2.971$	
% Total Verbaliz. nas <b>LB.</b>	27,11 %	72,88 %
% Total Verbaliz. nas <b>INTERV.</b>	67,65 %	32,34 %

Os dados da Tabela II indicam que o aumento da freqüência das verbalizações positivas nas fases de Intervenção-I, Intervenção-II e Intervenção-III e uma diminuição das verbalizações negativas nas fases de Linha de Base-I e Linha de Base-II do Delineamento ABAB-B, bem como um aumento no número total de verbalizações positivas.

Nas fases de Linha de Base I e II a Participante 1 produziu uma média de 91,5% de verbalizações positivas e 246 % de verbalizações negativas. Ao dar início ao procedimento nas fases de Intervenção I, II e III, as verbalizações positivas tiveram uma média de 670% contra o percentual de 320% de verbalizações

negativas. Aqui ocorre a possibilidade do efeito de indução do reforço. Pois embora a terapeuta tenha usado uma espécie de punição, quando as verbalizações negativas não eram reforçadas, têm-se também um aumento na produção de verbalizações negativas. Percebe-se em contrapartida durante as Intervenções, uma maior produção de verbalizações positivas do que durante as fases de Linhas de Base I e II. Como avaliação final tem-se um aumento considerável nas verbalizações positivas durante as Intervenções I, II e III chegando a 67,65%, contra 27,11% de verbalizações positivas nas Linhas de Base I e II. O percentual total das verbalizações negativas também é significativo quando nas Linhas de Base I e II a Participante 1 apresenta uma média de 72,88% de verbalizações negativas contra 32,34% no período das Intervenções I, II e III.

## **II - Pontuação dos Estados Emocionais no Início e Final das sessões**

Como pode ser visto na Figura 4, (p.58), na Linha de Base-I em relação às notas para os estados emocionais no Início das sessões a participante deu nota 7 na primeira sessão, nota 8 na segunda e 7 na terceira sessão indicando um estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Ao Final das sessões ainda na Linha de Base-I a participante marcou nota 8 nas três sessões o que indica um estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Os dados sugerem que a participante manteve o mesmo estado emocional durante esta fase do estudo, embora com o aumento de um ponto no final da primeira e terceira da sessão.

Durante a Intervenção-I no Início das sessões, os dados indicam que a avaliação dos estados emocionais se mantém no nível 'melhor que mais ou menos'

com notas variando de 6 a 8, sendo que na 4ª sessão a nota foi 8, na 5ª sessão a nota foi 6 na 6ª sessão, 7 e estabilizou em 8 nas 7ª, 8ª e 9ª sessões.

Ainda na Intervenção-I e ao Final da 4ª, 7ª, 8ª e 9ª sessão a participante marcou nota 9 indicando estar emocionalmente 'muito bem'. As notas para a 5ª e 6ª sessões foram 7 e 8 respectivamente. Tais dados indicam uma melhora na avaliação dos estados emocionais da participante ao Final das sessões, embora tal fato não tenha ocorrido em duas sessões na fase da Intervenção-I.

Na Linha de Base-II, os dados indicam que a participante avaliou seus estados emocionais com a pontuação 'melhor que mais ou menos', no Início da 10ª, 11ª e 12ª sessão, sendo os valores 7, 8 e 7 respectivamente. Em relação às notas para o estado emocional no Final das sessões os dados indicam nota oito para a 10ª e 12ª sessões e nota nove para a 11ª sessão na fase de Linha de Base-II. Tais dados indicam uma avaliação do estado emocional semelhante à fase de Linha de Base-I, exceção para a 11ª sessão onde a participante deu nota nove para seu estado emocional indicando estar 'muito bem' ao Final daquela sessão.

Na fase de Intervenção-II e Início das sessões, na 13ª sessão, a nota foi 7 indicando que nesse dia o estado emocional estava 'melhor que mais ou menos'. Na 14ª sessão a nota foi 8 e nas 15ª e 16ª sessões observa-se um aumento no valor da avaliação, quando a nota dada foi 9 o que indica estar 'muito bem'. Na 17ª e 18ª sessões, a pontuação foi 7 e 8 o que indica um estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Ainda nesta fase de Intervenção-II e ao Final das sessões 13ª, 17ª e 18ª a participante pontuou nota oito para o estado emocional indicando 'melhor que mais ou menos'. Nas sessões 14ª, 15ª e 16ª a participante relata estar 'muito bem' emocionalmente marcando nota nove no Final daquelas sessões.

Após um intervalo de 30 dias tem-se Início a Intervenção-III, quando na 19ª e 20ª sessões a participante avaliou seu estado emocional com a nota 9 no Início das duas sessões indicando estar 'muito bem'. Nas 21ª a participante avalia seu estado emocional em 8 no início e final da sessão, sendo este um indicativo de estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Nas 22ª, 23ª e 24ª sessões observa-se de acordo com a Figura 4, a estabilização do estado emocional com nota 7 e 8 tanto no Início quanto ao Final das sessões, prevalecendo nesta fase o indicativo de estado emocional "melhor que mais ou menos", ainda que, nas 19ª e 20ª sessões sua pontuação para seu estado emocional ao Final das sessões foi nove indicando estar 'muito bem' emocionalmente.

Um fato chama atenção neste estudo é que, embora a participante tenha o diagnóstico psiquiátrico de depressão em nenhuma das sessões durante as fases de Delineamento de Reversão foram verificadas notas indicativas de estados emocionais 'mais ou menos', 'pior que mais ou menos' ou 'muito mal'.

Observa-se, também a relevância da auto-avaliação da Participante 1, que ela entrou sempre pior do que ela saiu das sessões terapêuticas, fato que acredita-se tenha em muito a contribuição da relação terapêutica estabelecida.

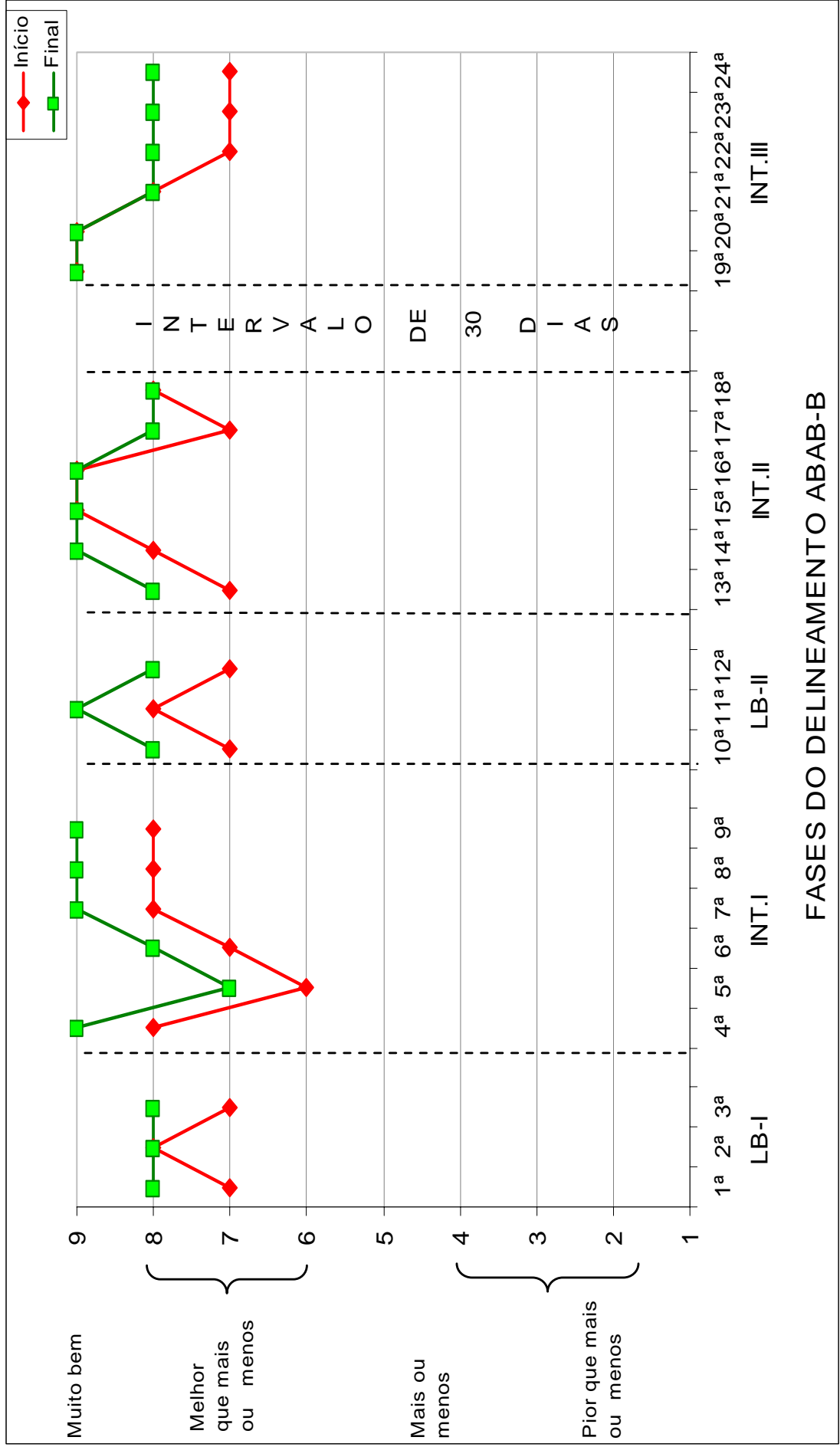


Fig. 4 – Escala de Pontuação dos Estados Emocionais da Participante 1 no Início e no Final de cada Sessão em cada uma das fases a que foi submetida.



### III - Resultados do BDI

A seguir os dados do BDI para a participante 1 nas duas fases do delineamento: Linha de Base-I e após a Intervenção-III.

Este Inventário foi preenchido pela participante 1 no consultório, no início da 1ª sessão de Linha de Base-I e ao final da última sessão, 24ª da Intervenção-III. A partir dos dados obtidos naquelas sessões foi evidenciada uma diminuição da intensidade da depressão, como demonstra a Figura 5.

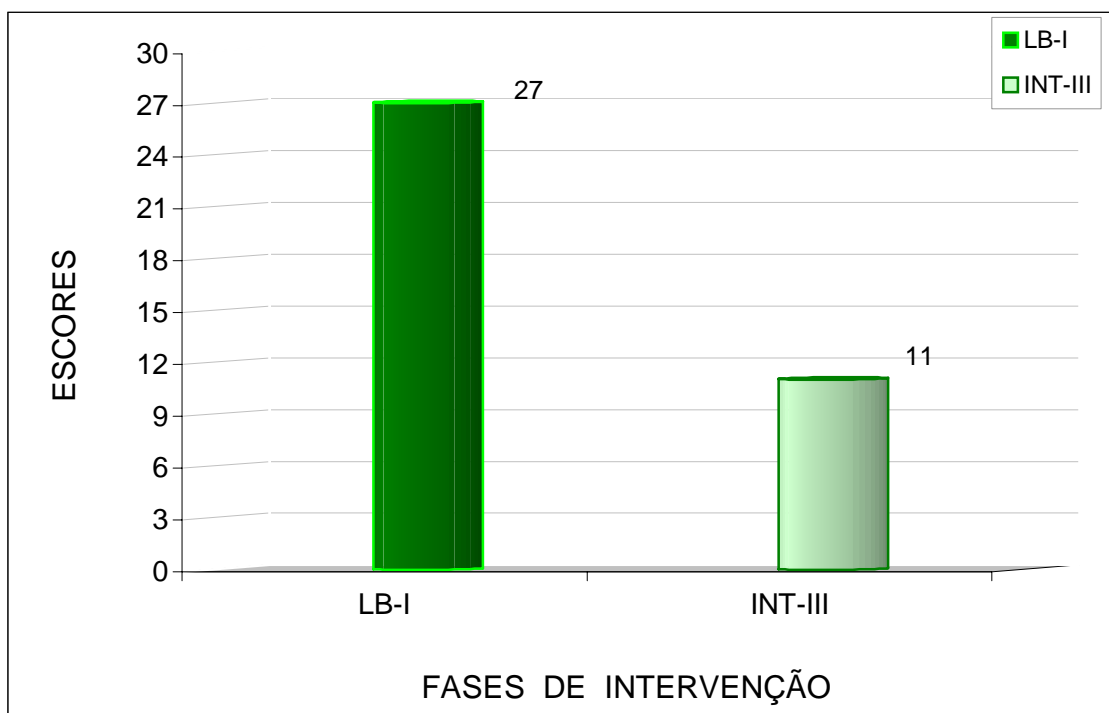


Figura 5 – Inventário Beck para Depressão da Participante 1 em cada uma das fases a que foi submetida

Os dados da Figura 5 indicam que na fase de Linha de Base-I a participante alcançou o escore 27, nível 'moderado' para a intensidade da depressão e ao final da Intervenção-III, este valor diminuiu para 11 pontos nível 'mínimo', na Escala de Níveis e Escores do BDI.

#### **IV - Observação dos comportamentos por um membro da família**

A Figura 6 mostra a avaliação da mãe da participante 1 para o comportamento de Motivação e Interesse da filha para Esportes, Estudos, Relacionamentos Afetivos, Diversões e Terapia. Com relação aos Esportes no início dos trabalhos, na fase de Linha de Base-I, a avaliação da mãe sobre o Interesse e Motivação da filha para esta atividade foi que 'absolutamente não ocorria' e ao final dos trabalhos na fase de Intervenção-III foi 'um pouco'.

Em relação à Motivação e Interesse pelos Estudos na Linha de Base-I a avaliação foi 'absolutamente não ocorria' e ao final do estudo na Intervenção-III a mãe da participante avalia que sua filha está 'muito' motivada e interessada pelos estudos conforme demonstra a Figura 6.

Considerando os Relacionamentos Afetivos, a Figura 6 indica que a mãe da participante avaliou o Interesse e Motivação da filha com 'um pouco' na Linha de Base-I e com 'bastante' na Intervenção-III.

Já para a categoria Diversões os dados indicam que a mãe da participante 1 avaliou o Interesse e Motivação da filha na fase de Linha de Base-I 'um pouco' e 'muito' ao final dos trabalhos na Intervenção-III. Ver Figura 6.

Quanto a Motivação e Interesse pela Terapia os dados da Figura 6 indicam que a mãe da participante 1 avalia que a filha está 'bastante' interessada e motivada para esta atividade tanto no início e final dos trabalhos, isto é, Linha de Base-I e Intervenção-III.

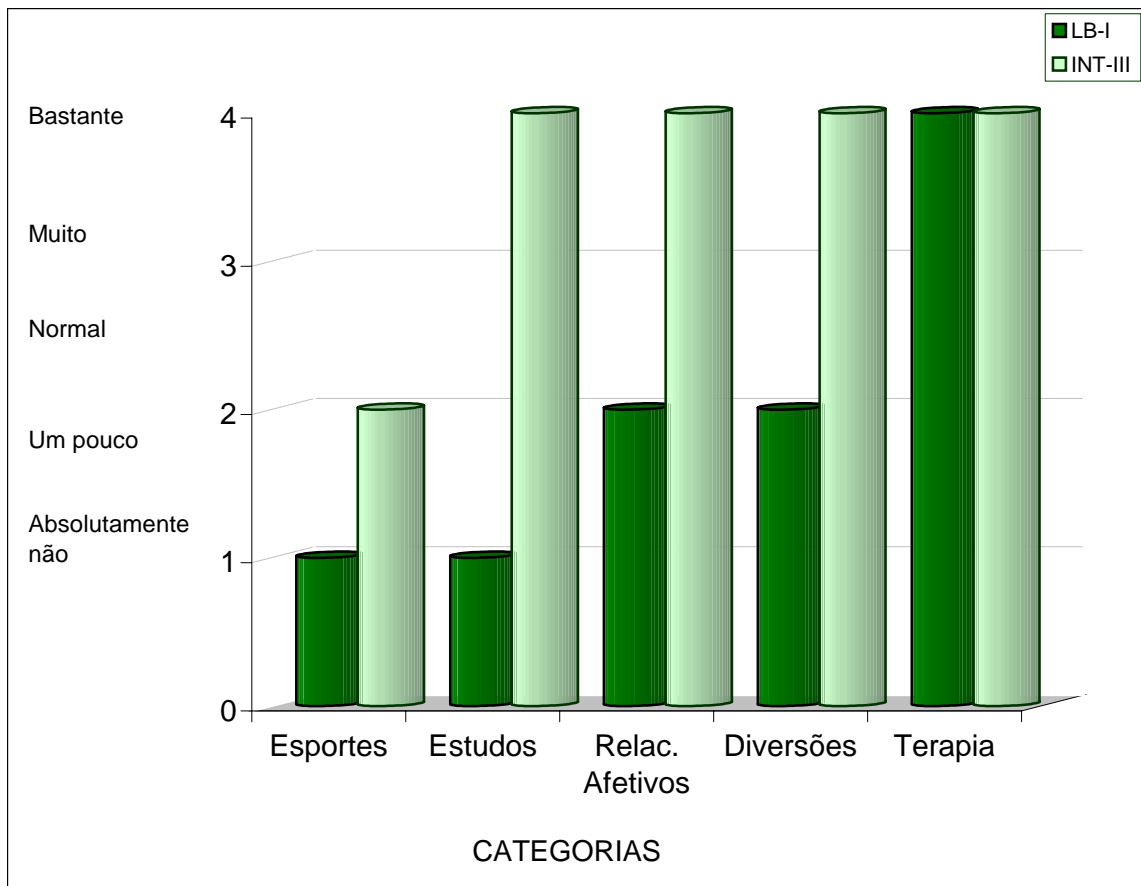


Figura 6 – Escala de Avaliação da Motivação e Interesse em Atividades da Participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.

A Figura 7 apresenta os dados sobre a avaliação do comportamento da filha em relação a queixas sobre as Sensações Corporais como Dores Musculares, Indisposição física para realizar tarefas, Humor deprimido em casa, mal-humorada em casa e Irritabilidade conforme registrado pela mãe da participante 1.

Como indica a Figura 7 a mãe da participante 1 avaliou que a filha queixava ‘bastante’ Dores Musculares no início dos trabalhos na fase de Linha de Base-I e diminuiu as queixas para ‘um pouco’ ao final dos trabalhos na Intervenção-III.

Com relação à Indisposição física para realizar tarefas, os dados indicam que a participante 1 foi avaliada pela mãe na Linha de Base-I como ‘bastante’ diminuindo para ‘normal’ na fase de Intervenção-III. Veja Figura 7

Considerando o comportamento da filha em relação ao Humor Deprimido em casa, a mãe da participante 1 avaliou na fase de Linha de Base-I que a participante apresentava ‘muito’ comportamentos indicativos de humor deprimido e no final dos trabalhos na fase de Intervenção-III a avaliação da mãe foi ‘um pouco’ para este comportamento, como indica a Figura 7.

Os dados assinalados pela mãe indicam que a participante 1 ‘absolutamente não’ apresentava Irritabilidade na LB-I e na INT-III.

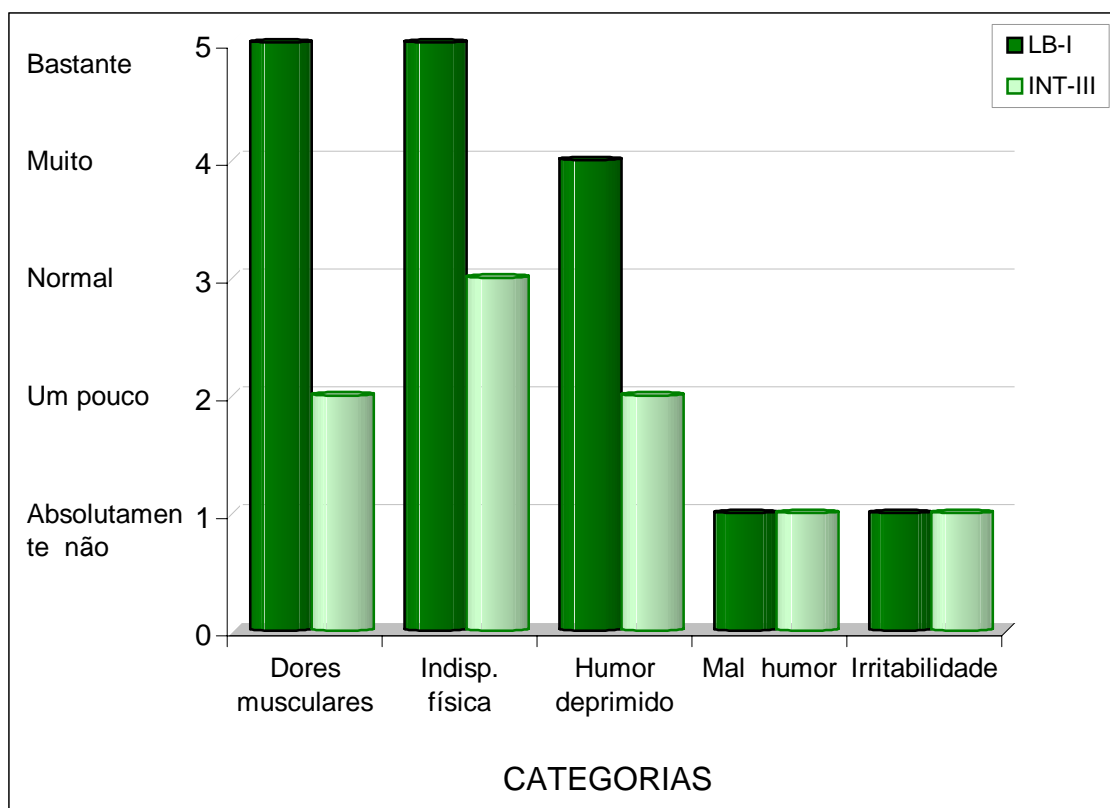


Figura 7 – Escala de Avaliação das Sensações Corporais da Participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.

Os resultados dos comportamentos de Interação Social tais como Participação em Diálogos em casa, Manter as Amizades, Interagir-se Socialmente, Novas Amizades e comportamentos verbais positivos em relação às atividades terapêuticas – Empatia Terapeuta estão contidos na Figura 8.

Os dados sobre os comportamentos de Participação dos Diálogos em casa a mãe marcou 'muito' na fase de Linha de Base-I e 'normal' no final da Intervenção-III. Ver Figura 8.

Em geral, para as categorias Manter as Amizades, Interação Social e Empatia Terapêutica, indicadas na Figura 8, a mãe da participante 1 marcou na fase de Linha de Base-I 'normal', para as duas primeiras categorias e 'bastante' para a Empatia Terapeuta. Já na fase de Intervenção-III a mãe assinalou 'bastante' para as três categorias acima citadas.

Na análise da Figura 8 observa-se que o desempenho da participante 1 para fazer novas amizades antes dos inícios da intervenção na Linha de Base-I foi avaliado pela mãe como 'absolutamente não ocorria' aumentado para 'normal' na Intervenção-III.

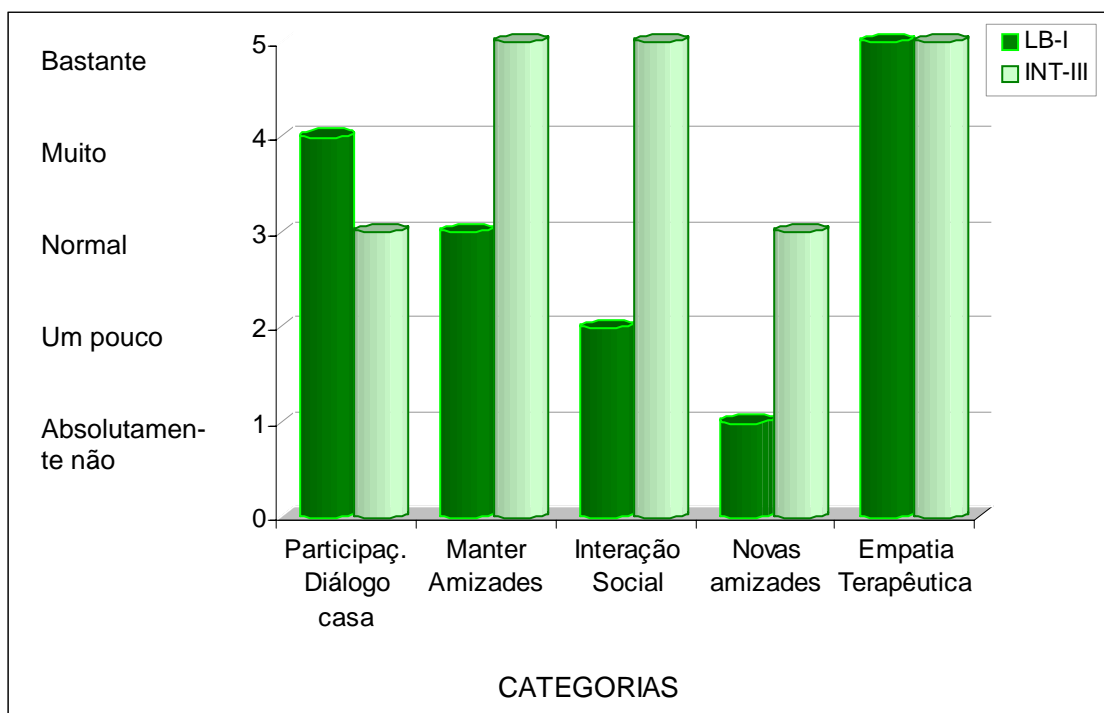


Figura 8 – Escala de Avaliação da Interação Social da Participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.

A Figura 9 apresenta os dados relativos aos Hábitos diários em relação ao comportamento Alimentar, queixas em relação ao Sono, cuidados com a Aparência, Atentar para os estímulos, Estabelecer Objetivos e Levantar mal humorada marcados pela mãe da participante 1.

Em relação ao comportamento Alimentar a mãe assinalou que a participante se alimentava 'um pouco' na fase de Linha de Base-I e 'normal' na Intervenção-III. O resultado sobre as queixas em relação ao Sono a mãe da participante assinalou 'bastante' na Linha de Base-I e 'normal' na Intervenção-III. Os cuidados com a Vaidade a mãe marcou 'um pouco' na Linha de Base-I e 'muito' na Intervenção-III. Já para os comportamentos de Atentar para os estímulos a mãe avaliou 'normal' nas duas fases da pesquisa.

A mãe da participante 1 avaliou como 'normal' o estabelecimento de Estímulos e o acordar mal humorada na LB-I e uma melhora na INT-III, quando o Estabelecimento de Estímulos passa ao nível 'muito' e 'absolutamente não' acordava mal humorada.

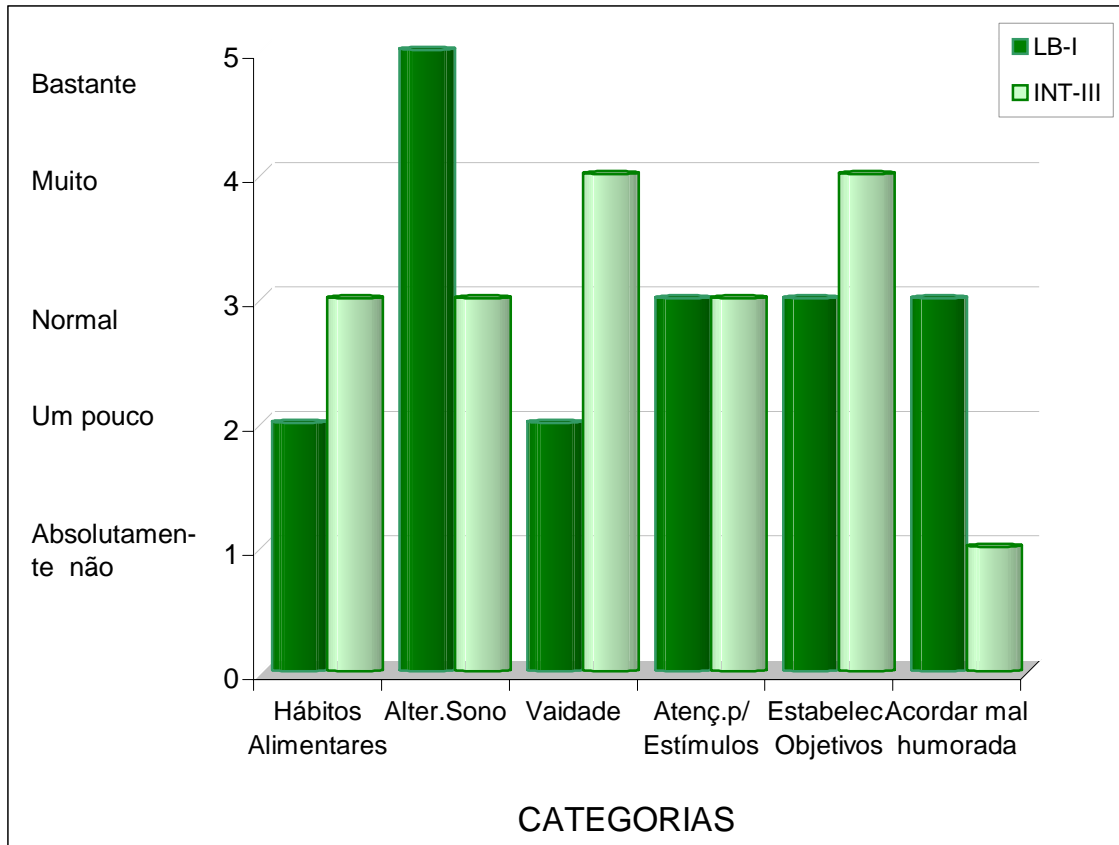


Figura 9 – Escala de Avaliação dos Hábitos Diários da Participante 1, conforme informações fornecidas pela mãe.

A mãe da participante 1 resumiu na Linha de Base-I e após a Intervenção-III, as principais mudanças comportamentais observadas em sua filha como descritas abaixo.

Na Linha de Base-I:

*“Antes de iniciar a terapia, minha filha só queria dormir. Dormia até às 11:30 hs, 12:00 hs acordava via um pouco de televisão e dormia novamente até às 18:00 hs. Acordava conversava comigo (mãe) um pouco se aparentando calma, porém triste. Ia pra aula, mas não tinha ânimo para ficar lá. Com o passar do tempo parou de vez de freqüentar as aulas. Conversava pouco com os amigos antigos, enfim perdeu totalmente o entusiasmo depois que não passou no vestibular... Isso a fez ficar bastante triste e sem ânimo; sempre reclamando dores no corpo e às vezes tinha até febre”.*

Após a Intervenção-III:

*“A minha filha apresenta estar com mais ânimo em todos os aspectos. Dorme menos durante o dia; conversa mais com os amigos e colegas; está bem mais disposta; quer emagrecer e está procurando meios pra isso. Sente vontade de comprar roupas, arrumar o cabelo. Está muito feliz com o novo curso. A principal mudança é que ela está mais feliz, animada e vaidosa. Enfim, mudou quase 100% para melhor”.*

## **V - Avaliação do processo terapêutico pela Participante 1**

A seguir dois breves resumos feitos pela Participante 1, sobre os resultados conseguidos durante a pesquisa e ao término desta.

Aqui, parte do primeiro e-mail recebido pela pesquisadora/mestranda em 15/02/04, conforme anexo 5.

*“... eu sou outra pessoa!!!! Eu consegui!!!!... A cada dia eu me torno uma pessoa mais autoconfiante. Que venham os problemas... as dificuldades... eu SEI que consigo vencer todas elas!!!! Agora tô o contrário... as “dificuldades” me atraem...*

*Entendi que meus problemas são meus problemas e os problemas dos outros são dos outros. Preocupo-me, mas não sofro! Isso não é ótimo?!!! Cortei o cabelo. Eu fiquei linda!!!! Sério, pela primeira vez eu realmente achei isso...olhar no espelho e dizer "puts... você tá realmente linda!!!" ...porque olha só, emagreci pacas.*

*...eu tô saindo quase todo final de semana...meu pai liberou o carro p/ eu sair à noite... você acredita??? ...eu tô MUITO FELIZ MESMO!!!! ...tô orgulhosa de mim... Por me fazer perceber a força de vontade que eu tenho. Que tudo que eu quero eu posso ter...só por essa força que é muuuitttooo grande dentro de mim...e eu não percebia... Mas agora achei!!!! ...eu e meu pai estamos nos dando superbem tem briguinhas, mas nada fora do normal. Afinal ninguém é perfeito né? Bjão!!!!”*

Abaixo, parte do segundo e-mail recebido pela pesquisadora/mestranda em 23/05/04, conforme anexo 7.



*“... eu e meu pai, nosso relacionamento está ótimo! Sobre o tratamento, nesse período em que eu “sigo com minhas próprias pernas”, estou indo muito bem! Logicamente acontecem coisas que me aborrecem, mas agora eu sei como sair da situação. Consigo perceber se estou errando e o motivo... E o melhor, tudo que eu aprendi na terapia com você eu uso diariamente. Esses dias eu me olhei no espelho e pensei “puxa vida., como estou bonita!”, e isso foi pra mim uma vitória tão grande! Porque era sempre uma verbalização positiva pra me convencer, mas desta vez foi de verdade... Estou conseguindo emagrecer cada dia mais!... pratico exercícios físicos diariamente. A comida não me domina mais, eu domino a comida! Não durmo mais o dia todo, - até porque não preciso fugir de nada -,... e encaro a realidade de frente! De peito aberto, seja ela qual for! Não consegui encontrar nenhum ponto negativo nesse período, nem na terapia, pelo contrário, aprendi a viver, não preciso depender de nada pra ser feliz, somente de mim mesma! Eu renasci,... acordei pra vida! Sem medo, sem ansiedade, sem stress. Descobri minha força de vontade e determinação... porque eu retiro forças de mim mesma e faço acontecer! Sendo eu mesma... planejando e lutando por meu futuro, amando a faculdade, e pensando na minha pós-graduação na França. Estou mais sociável, permito que as pessoas adentrem na minha vida... sigo levando tudo na responsabilidade que sempre tive, mas sem me esquecer que errar é humano e fracassar também. E sem deixar de me divertir...! Mais uma vez obrigada por tudo!”*

Ao analisar os e-mails recebidos e aqui parcialmente transcritos, observa-se que ao final do processo terapêutico desenvolvido no presente estudo, a Participante 1, ainda procura obter reforçadores existentes em sua vida, uma vez que os reforços generalizados contingentes, a conduz ao reconhecimento do real controle do seu estado emocional.

Isso lhe permitiu efetuar eficazes e consideráveis mudanças comportamentais, adquirindo uma postura mais ativa em sua vida o que proporcionou conseqüências opostas às que ocorriam no seu dia-a-dia quando do início da pesquisa. Assim, é possível falar que a participante aprendeu comportamentos mais adaptativos às contingências naturais do seu dia a dia.

## **Participante 2**

### **I - Registros das Verbalizações Positivas e Negativas**

Os resultados a seguir apresentados na Figura 10 demonstram que a Participante 2 verbalizou 18 frases positivas e 110 frases negativas na 1ª sessão da Linha de Base-I. Na 2ª sessão o número de frases positivas foi 7 e 78 frases negativas. Na 3ª sessão ocorreram 49 verbalizações positivas e 66 negativas.

Durante a Intervenção-I, a Participante 2 verbalizou 65 frases positivas e 74 negativas na 4ª sessão. Na 5ª sessão 55 verbalizações positivas e 50 negativas. Nos dados da 6ª sessão observa-se que ocorrem 53 frases positivas e 41 frases negativas. Na 7ª sessão, tem-se um aumento para 90 verbalizações positivas e 83 verbalizações negativas. Na 8ª sessão a participante verbaliza 45 frases positivas e 42 negativas. Ao final da Intervenção-I, na 9ª sessão ocorre um aumento para 82 verbalizações positivas e 68 verbalizações negativas.

Quando no período da Linha de Base-II, na 10ª sessão, a Participante verbalizou 30 frases positivas e 31 frases negativas. Na 11ª sessão o número de verbalizações aumenta para 51 frases positivas e 58 negativas e na 12ª sessão, ao término da LB-II, ocorrem 88 verbalizações positivas e 96 negativas.

Na Intervenção-II, ocorreu um aumento gradativo no número de verbalizações positivas. Nesta fase as ocorrências das falas positivas novamente foram reforçadas com o Sinal de Aprovação contingente. Os dados mostram que na 13ª sessão ocorrem 84 verbalizações positivas e 80 verbalizações negativas. Na 14ª sessão tem-se 81 verbalizações positivas e 70 negativas. Na 15ª sessão observa-se o número de 94 frases positivas e 80 frases negativas. O número de verbalizações positivas na 16ª sessão foram 147 e as verbalizações negativas foram 137. A 17ª

sessão apresenta 155 verbalizações positivas e 148 negativas. Na 18ª sessão ocorrem 175 frases positivas e 95 frases negativas.

Após um intervalo de 30 dias tem-se início a Intervenção-III. Os resultados são os seguintes: a 19ª sessão apresenta 40 verbalizações positivas e 36 verbalizações negativas. Na 20ª ocorreram 68 verbalizações positivas e 60 verbalizações negativas. Já a 21ª sessão a freqüência de 61 frases positivas e 57 negativas. Na 22ª sessão ocorrem 38 verbalizações positivas e 24 negativas. Na 23ª sessão ocorreram 40 verbalizações positivas e apenas 11 negativas. E na 24ª e última sessão tem-se um aumento considerável de 158 verbalizações positivas e 78 verbalizações negativas da Participante 2.

Na fase de Intervenção-III, com um intervalo de trinta dias foi possível observar que a freqüência das verbalizações positivas aumentou.

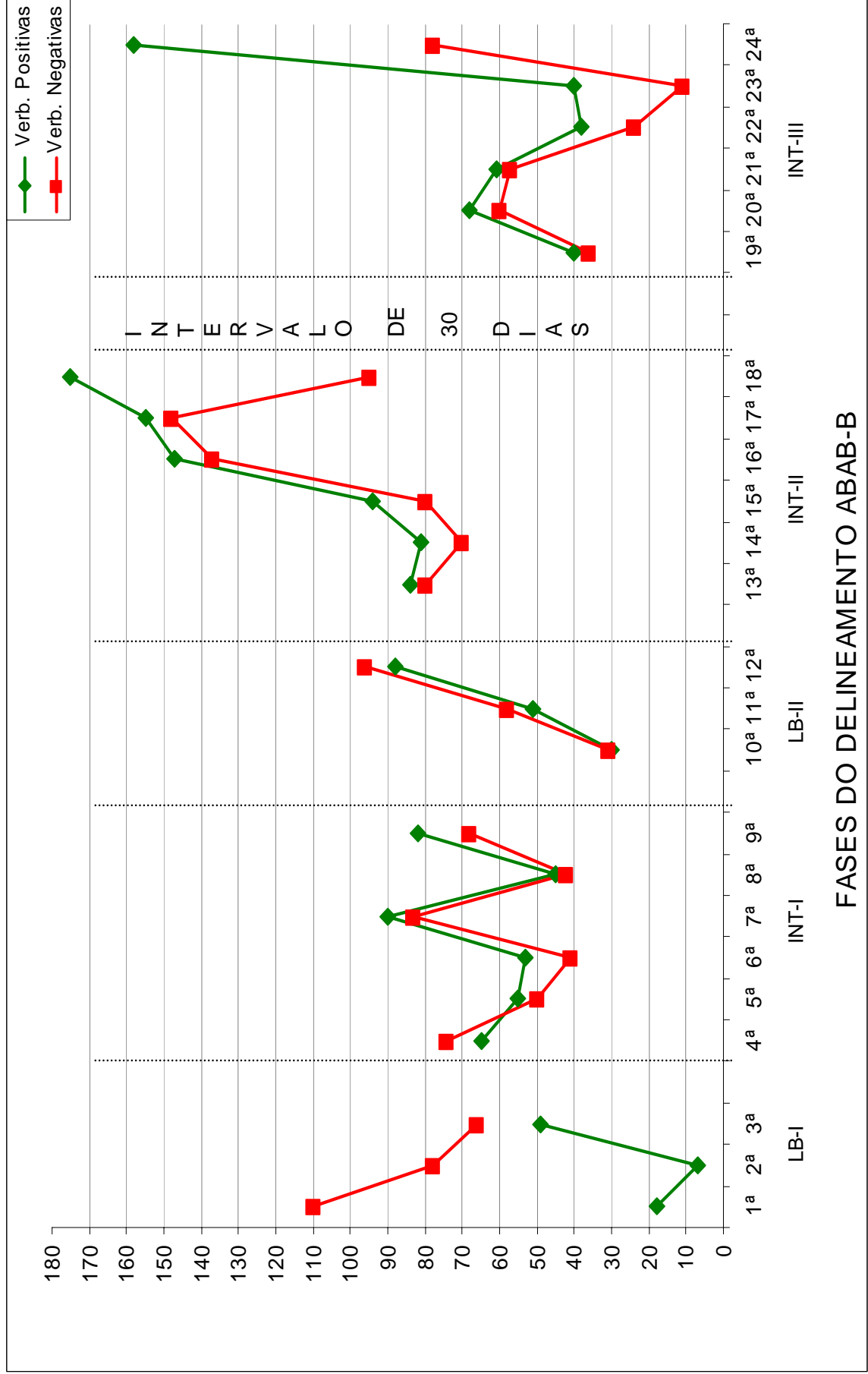


Figura 10 – Frequência de Verbalizações Positivas e Negativas da Participante 2 em cada uma das Sessões das Fases a que foi submetida.

A tabela III abaixo traz um resumo com a soma das frequências das verbalizações positivas e verbalizações negativas ao longo do Delineamento ABAB-B:

Tabela III: Avaliação Quantitativa das Verbalizações Positivas e Negativas – Participante 2, em cada uma das fases a que foi submetida:

<b>Fases do Delineamento</b>	<b>Verbalizações Positivas</b>	<b>Verbalizações Negativas</b>
LB-I	74	254
INT-I	390	358
LB-II	169	185
INT-II	736	610
INT-III	405	266
<b>Frequência</b>	<b>1.774</b>	<b>1.673</b>
% Verbaliz. Positivas nas <b>LB-I e LB-II</b>	<b>X = 121,5 %</b>	
% Verbaliz. Negativas nas <b>LB-I e LB-II</b>		<b>X = 219,5 %</b>
% Verbaliz. Positivas nas <b>INT-I, II e III</b>	<b>X = 510,3 %</b>	
% Verbaliz. Negativas nas <b>INT-I, II e III</b>		<b>X = 411,3 %</b>
$\Sigma$ Verbaliz. Negativas e Positivas nas <b>LB-I e LB-II</b>	$\Sigma = 682$	
$\Sigma$ Verbaliz. Negativas e Positivas nas <b>INT.I, II e III</b>	$\Sigma = 2.765$	
% Total Verbaliz. nas <b>LB.</b>	35,63 %	64,37 %
% Total Verbaliz. nas <b>INTERV.</b>	55,37 %	44,63 %

Analisando os dados da Tabela III e Anexos 3 e 4 da Participante 2, constatou-se que a Participante 2 inicia o processo terapêutico com uma porcentagem maior de verbalizações e termina com uma porcentagem menor de verbalizações.

Observou-se também que a participante 2 apresentou uma frequência de respostas, sejam elas verbalizações positivas ou negativas, em número menor que o ocorrido com a Participante 1. Cabe citar outro fato na conduta adotada pela Participante 2, que possa ter influenciado nos resultados, por várias vezes ela evitava dar seqüência a questões abordadas em sessão.

Na Tabela III encontra-se a média de verbalizações positivas nas Linhas de Base I e II que foi de 121,5%, e a média de verbalizações negativas foi de 219,5%, ou seja, a Participante 2 produziu muito mais verbalizações negativas nas fases citadas.

Quando foi introduzido o Procedimento nas fases de Intervenção I, II e III, a média das verbalizações negativas sobe para 411%, ou seja, a Participante 2 duplica o número de falas negativas, ainda que a terapeuta faça o reforçamento diferencial. Mas a média de verbalizações positivas, aumentam de 121,5% nas Linhas de Base I e II para 510,3% nas fases de Intervenção I, II e III. A participante 2 quase que duplica o número de falas positivas.

Observa-se que durante as Linhas de Base I e II a Participante 2 apresenta um média total de 35,63% de verbalizações positivas e depois das Intervenções I, II e III, a média total aumenta para 55,37% de verbalizações positivas, ou seja, mais da metade das falas são verbalizações positivas.

Na avaliação das médias observa-se que durante as Linhas de Base I e II as verbalizações negativas tiveram média total foi de 64,37% contra 44,63% de verbalizações negativas durante as Intervenções I, II e III.

Tais resultados mostram claramente que para as duas participantes, a terapeuta utilizou o mesmo procedimento, embora para a Participante 2, obteve um resultado aparentemente mais discreto.

Os dados da Tabela III sugerem uma pequena melhora no estado emocional negativo da participante 2.

É possível que a terapia possa ter contribuído para uma conseqüente redução dos comportamentos indicativos de depressão uma vez que tais resultados demonstram aumento da freqüência das verbalizações positivas nas fases de

Intervenção-I, Intervenção-II com melhora na Intervenção-III, bem como nas verbalizações negativas nas fases de Linha de Base-I e Linha de Base-II do Delineamento ABAB-B.

Um dado relevante a ser considerado e que requer um estudo mais aprofundado que poderá ser objeto de análise e até mesmo ser motivo de outra pesquisa que é a possibilidade de que a idade da terapeuta tenha influenciado nos resultados das verbalizações da Participante 2 levando-se em conta o fato da terapeuta ser mais nova que a Participante 2.

## **II - Pontuação dos Estados Emocionais no Início e Final das sessões**

Como pode ser visto na Figura 11, (p.75), na Linha de Base-I as notas dadas para os estados emocionais pela participante 2 foram: nota 5 no Início e Final da primeira sessão, indicando estar emocionalmente 'mais ou menos', nota 7 no Início, nota 6 ao Final da segunda sessão, sendo este um indicativo de estado emocional 'melhor que mais ou menos', 3 no início da terceira sessão e 4 no Final indicando um estado emocional 'pior que mais ou menos'. Os dados sugerem que o estado emocional oscilou em sua auto-avaliação durante esta fase do estudo, ocorrendo a diminuição de um ponto no Final da terceira sessão em relação ao Início e Final da primeira da sessão. Um fato aqui deve ser lembrado, que durante esta fase do processo não foram dispensados reforçadores.

Durante a Intervenção-I no Início das sessões, os dados indicam que a avaliação dos estados emocionais se mantém oscilando entre os níveis 'pior que mais ou menos' e o nível 'melhor que mais ou menos' com notas variando de 2 a 8, sendo que na 4ª sessão a nota foi 5 'mais ou menos', na 5ª sessão a nota aumentou para 8 'melhor que mais ou menos', na 6ª sessão diminuiu ao valor 2 indicativo de

'pior que mais ou menos', na 7ª a nota foi 8 e na 8ª sessão foi 6 indicando estado emocional 'melhor que mais ou menos' e na 9ª sessão, diminuiu novamente, chegando a 4 'pior que mais ou menos'.

Ainda na Intervenção-I e ao Final da 6ª, 8ª e 9ª sessão a participante marcou nota 5 indicando estar emocionalmente 'mais ou menos'. As notas para a 5ª e 7ª sessões foram 8 respectivamente e na 4ª sessão a nota dada foi 7 sendo estes valores indicativos de estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Tais dados indicam uma melhora na avaliação dos estados emocionais da participante ao Final das sessões, embora tal fato não tenha ocorrido na 8ª sessão na fase da Intervenção-I, onde houve a queda de um ponto.

Na Linha de Base-II, os dados indicam que a participante avaliou seus estados emocionais com a pontuação 'melhor que mais ou menos', no Início e Final das 10ª e 11ª sessões, sendo os valores 8 e 6 respectivamente. A participante deu nota 5 para o seu estado emocional no Início e no Final da 12ª sessão indicando estar 'mais ou menos'. Tais dados indicam uma avaliação do estado emocional melhor que na fase de Linha de Base-I, onde a participante deu nota 8 para seu estado emocional indicando estar 'melhor que mais ou menos' no Início e Final da 10ª sessão.

Na fase de Intervenção-II e Início das sessões, na 13ª sessão, a nota foi 6 indicando que nesse dia o estado emocional estava 'melhor que mais ou menos'. Na 14ª, 15ª e 16ª sessões observa-se um aumento no valor da avaliação, quando as notas dadas foram 7, 8 e 8 respectivamente indicando estado emocional: 'melhor que mais ou menos'. Na 17ª e 18ª sessões, a pontuação foi 7 e 8 o que indica um estado emocional 'melhor que mais ou menos'. Ainda nesta fase de Intervenção-II e ao Final das sessões 13ª, o valor dado foi 5 indicando estar 'mais ou menos'. Na 14ª



e 16<sup>a</sup> a participante pontuou nota sete para o estado emocional indicando 'melhor que mais ou menos'. Nas sessões 15<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> a participante relata continuar emocionalmente 'melhor que mais ou menos' marcando nota oito no Final daquelas sessões.

Após um intervalo de 30 dias tem-se Início a Intervenção-III, a participante avaliou seu estado emocional com a nota 7 'melhor que mais ou menos' no Início das 20<sup>a</sup> e 21<sup>a</sup> sessões. No Início e Final das sessões 19<sup>a</sup>, 22<sup>a</sup>, 23<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> a participante avalia seu estado emocional em 8 na sessão, sendo este um indicativo de estado emocional 'melhor que mais ou menos'. No Final das 20<sup>a</sup> e 21<sup>a</sup> sessões a participante pontua seu estado emocional com notas 6 e 7 respectivamente, sendo ainda um indicativo de estar 'melhor que mais ou menos'. De acordo com a Figura 11, observa-se a prevalência do estado emocional indicativo de "melhor que mais ou menos", na fase de Intervenção-III.

Ao comparar as cinco fases do Delineamento ABAB-B, observa-se que a participante 2 ao Final das 2<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> sessões pontua seu estado emocional com notas menores que no Início. Ao avaliar a Figura 11, percebe-se que mesmo com este fato houve uma melhora gradativa durante o processo, quando das oscilações na auto-avaliação no Início e Final das sessões.

Na auto-avaliação da Participante 2, em algumas sessões ela sai pior do que entrou na sessão. Quando questionada relatava que fatos abordados em sessão a deixavam pensativa e isso por vezes a entristecia. Propõe-se a um estudo mais aprofundado, pelo fato da terapeuta ser mais nova que a Participante 2 o que talvez possa ter interferido negativamente na relação terapêutica tornando-a menos satisfatória quanto o ocorrido com a Participante 1.

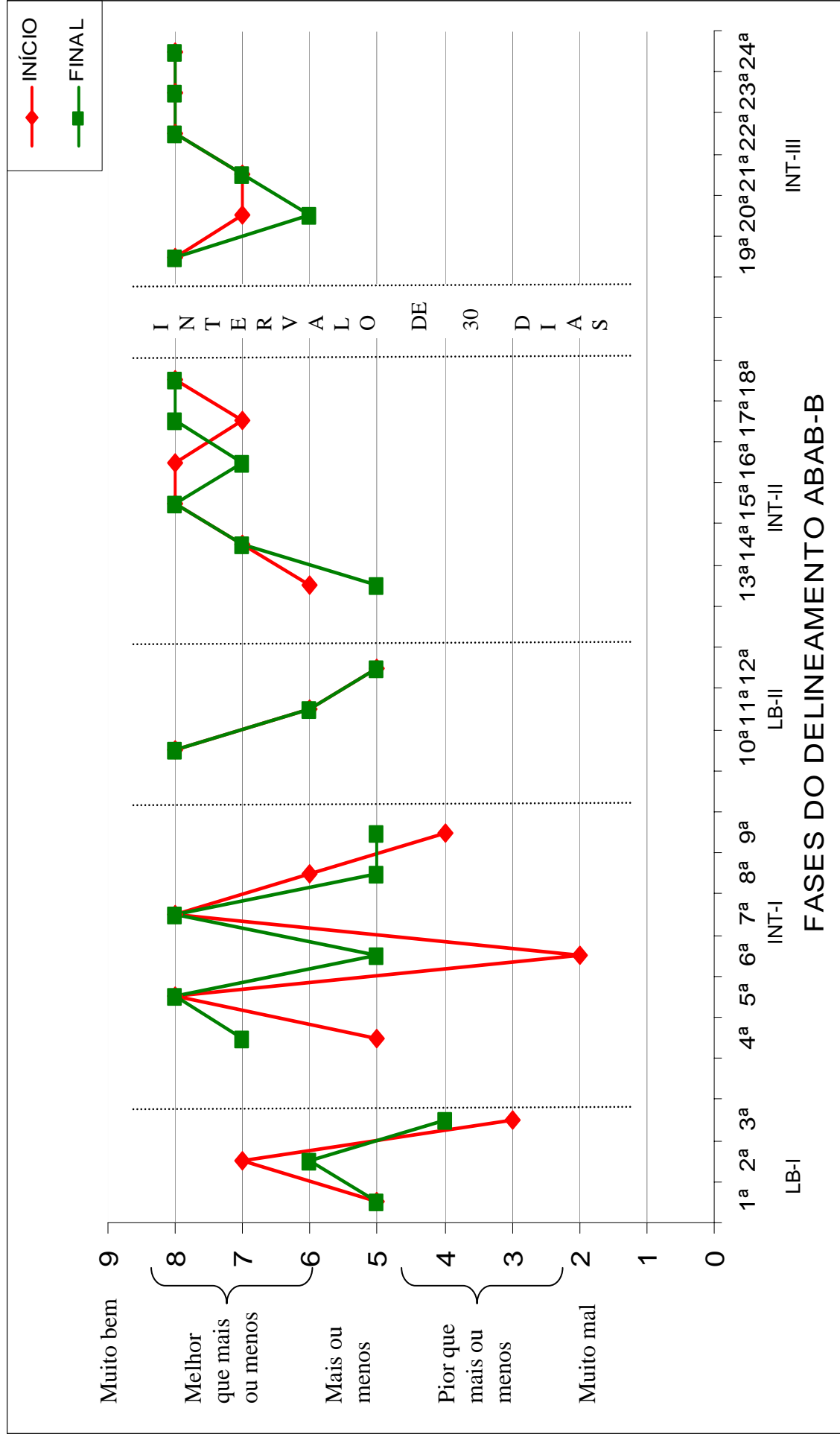


Fig. 11 – Escala de Pontuação dos Estados Emocionais da Participante 2 no Início e no Final de cada Sessão em cada uma das fases a que foi submetida.

### III - Resultados do BDI

A seguir os dados do BDI para a Participante 2 nas duas fases do delineamento: Linha de Base-I e após a Intervenção-III.

Seguindo o mesmo procedimento adotado com a participante 1, o Inventário foi preenchido pela Participante 2 no consultório, no início da 1ª sessão de Linha de Base-I e ao final da última sessão, 24ª da Intervenção-III. A partir dos dados obtidos nas sessões observa-se uma discreta diminuição da intensidade da depressão, como demonstra a Figura 12.

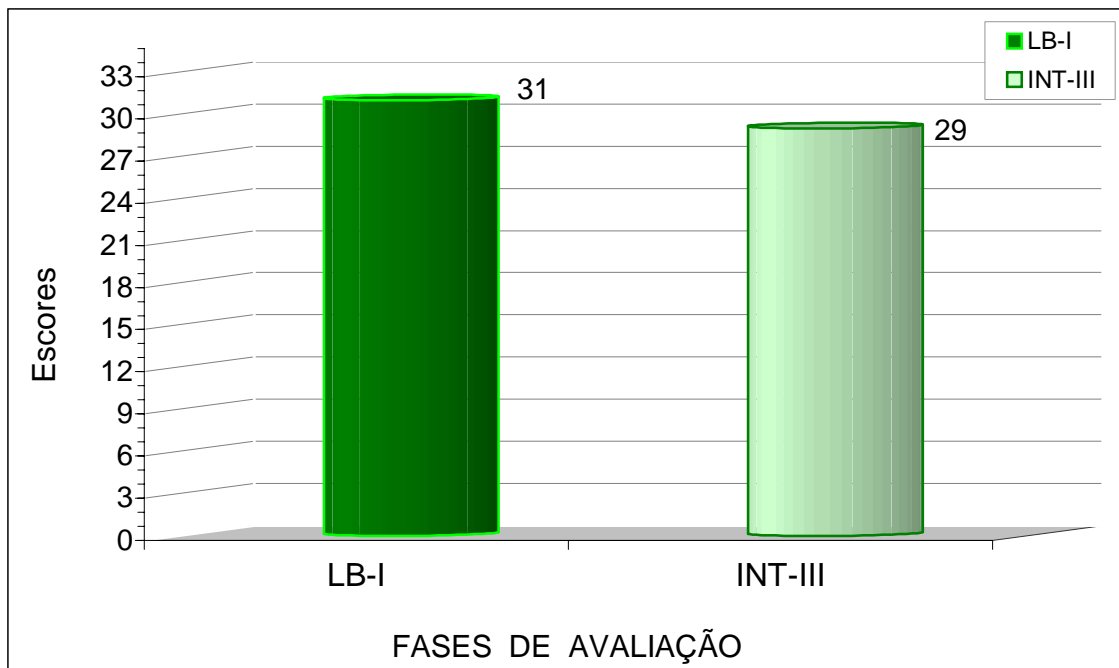


Figura 12 - Inventário Beck para Depressão - Participante 2 em cada uma das fases a que foi submetida.

Os dados da Figura 12 indicam que na fase de Linha de Base-I a participante alcançou o escore 31, nível 'moderado' para a intensidade da depressão e ao final da Intervenção-III, este valor diminuiu para 29 pontos permanecendo no nível 'moderado', na Escala de Níveis e Escores do BDI.

Faz-se interessante comentar o fato de que a pequena alteração na escala de avaliação do BDI, feita pela própria participante, não compactua com outros

resultados obtidos em avaliações já apresentadas bem como em outras como Observação dos Comportamentos observados por um membro da família que serão apresentadas e discutidas a seguir.

#### **IV - Observação dos comportamentos por um membro da família**

A seguir os dados apresentados da Participante 2 refere-se ao registro das mudanças comportamentais avaliada por um membro da família, no caso, a irmã mais nova.

A Figura 13 mostra a avaliação da irmã da Participante 2 para o comportamento de Motivação e Interesse da irmã em Esportes, Estudos, Relacionamentos Afetivos, Diversões e Terapia. Com relação aos Esportes no início dos trabalhos, na fase de Linha de Base-I, a avaliação sobre o Interesse e Motivação da irmã para esta atividade foi que 'absolutamente não ocorria' e ao final dos trabalhos na fase de Intervenção-III foi 'um pouco'.

Em relação à Motivação e Interesse pelos Estudos na Linha de Base-I a avaliação foi 'um pouco' e ao final do estudo na Intervenção-III a participante é avaliada pela sua irmã com motivação e interesse 'normal' pelos estudos conforme demonstra a Figura 13.

Considerando a análise dos dados das Relações Afetivas na Figura 13, a irmã da participante avaliou seu Interesse e Motivação com 'um pouco' na Linha de Base-I e com 'normal' na Intervenção-III.

Já para a categoria Diversão a Participante 2 foi avaliada pela irmã na Linha de Base-I como uma pessoa que 'absolutamente não' tinha interesse por Diversões e como 'normal' ao final dos trabalhos na Intervenção-III. Ver Figura 13.

Quanto a Motivação e Interesse pela Terapia os dados da Figura 13 indicam que a irmã da Participante 2 avalia que ela está dentro do nível 'normal' tanto no início quanto no final da pesquisa, ou seja, na Linha de Base-I e na Intervenção-III.

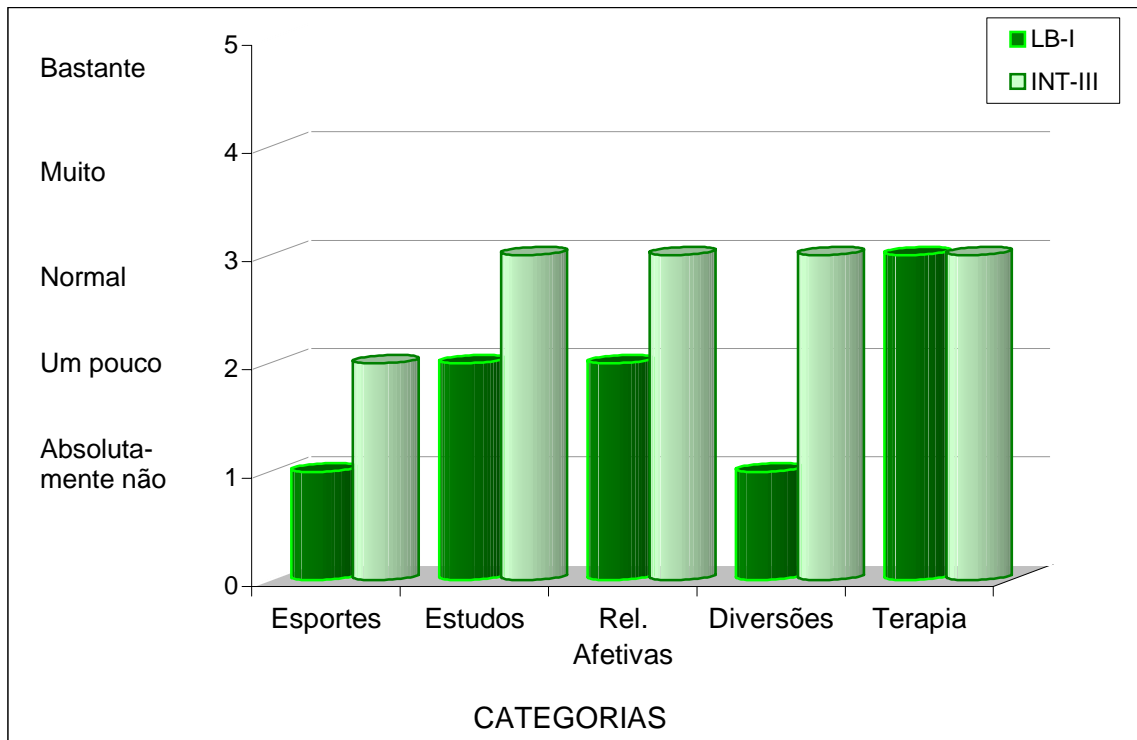


Figura 13 – Escala de Avaliação da Motivação e Interesse em Atividades da Participante 2, conforme informações fornecidas pela irmã.

A Figura 14 apresenta os dados sobre a avaliação do comportamento da irmã em relação a queixas sobre as Sensações Corporais como Dores Musculares, Indisposição Física para realizar tarefas, Humor Deprimido em casa, Mal humorada em casa e Irritabilidade conforme registrado pela irmã da Participante 2.

Como indica a Figura 14 a irmã da Participante 2 avaliou que esta queixava 'bastante' de Dores Musculares no início dos trabalhos na fase de Linha de Base-I e diminuiu as queixas para 'muito' ao final dos trabalhos na Intervenção-III, não deixando de salientar que a mesma possui sério problema de coluna.

A Indisposição Física para realizar tarefas os dados indicam que a Participante 2 foi avaliada pela irmã na Linha de Base-I como ‘muito’ diminuindo para ‘normal’ na fase de Intervenção-III. Veja Figura 14.

Considerando o comportamento da irmã em relação ao Humor Deprimido em casa, a Participante 2 foi avaliada na fase de Linha de Base-I apresentando ‘muito’ comportamentos indicativos de humor deprimido ao final dos trabalhos na fase de Intervenção-III a avaliação da irmã foi ‘um pouco’ para este comportamento, como indica a Figura 14.

No quesito “Mau humor” aqui caracterizado como tendência emocional desfavorável a outras pessoas, a Participante 2 foi avaliada pela irmã com ‘muito’ na LB-I e ‘um pouco’ na INT-III.

A Irritabilidade, definida como se apresentar de forma agressiva, ou provocar outras pessoas, a Participante 2 recebeu avaliação ‘bastante’ na LB-I e ‘um pouco’ na INT-III.

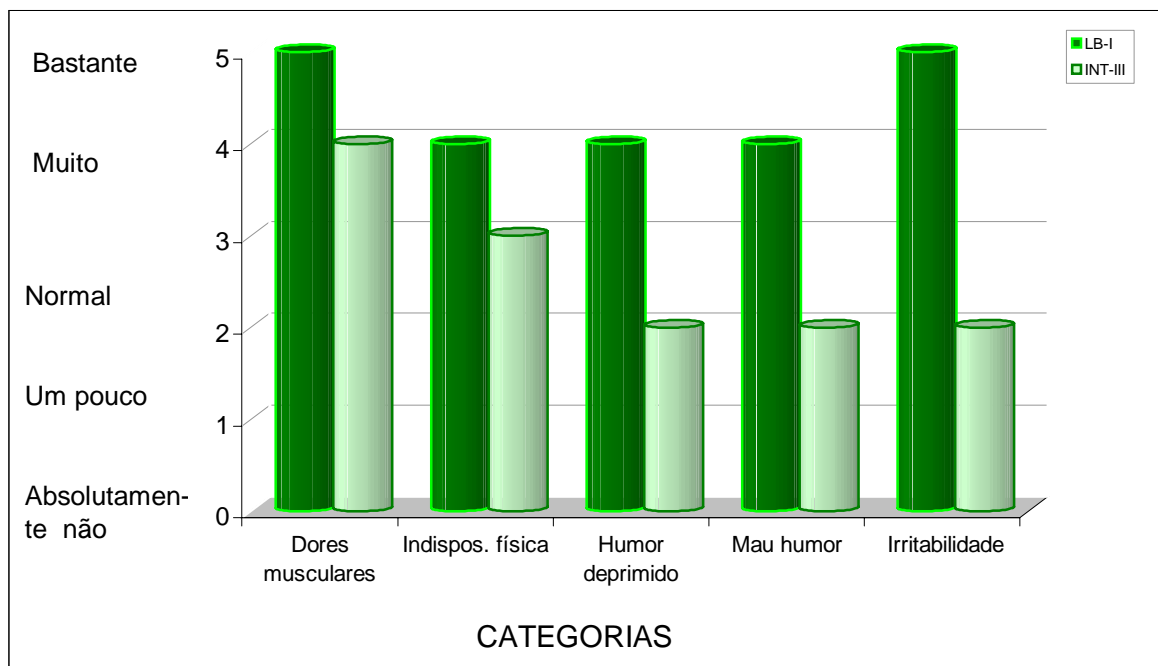


Figura 14 - Escala Avaliação das Sensações Corporais – participante 2 conforme informações fornecidas pela irmã.

Os resultados dos comportamentos de Interação Social tais como Participação em Diálogos em casa, Manter as Amizades, Interagir-se Socialmente, Novas Amizades e comportamentos verbais positivos em relação às atividades terapêuticas – Empatia Terapeuta estão contidos na Figura 15.

Os dados sobre os comportamentos de Participação nos Diálogos em casa a irmã marcou ‘um pouco’ na fase de Linha de Base-I e ‘muito’ no final da Intervenção-III. Ver Figura 15.

Em geral, para as categorias Manter as Amizades, Interagir-se Socialmente e Empatia Terapeuta, indicadas na Figura 15, a irmã da Participante 2 marcou na fase de Linha de Base-I ‘um pouco’ para as duas primeiras categorias e ‘normal’ para a Empatia Terapeuta. Já na fase de Intervenção-III a irmã assinalou ‘muito’ para manutenção das amizades, ‘normal’ para a Interação Social e ‘muito’ para Empatia para com a terapeuta.

Na análise da Figura 15 observa-se que o desempenho da Participante 2 para fazer novas amizades antes dos inícios da intervenção na Linha de Base-I foi avaliado pela irmã como ‘um pouco’ aumentado para ‘normal’ na Intervenção-III.

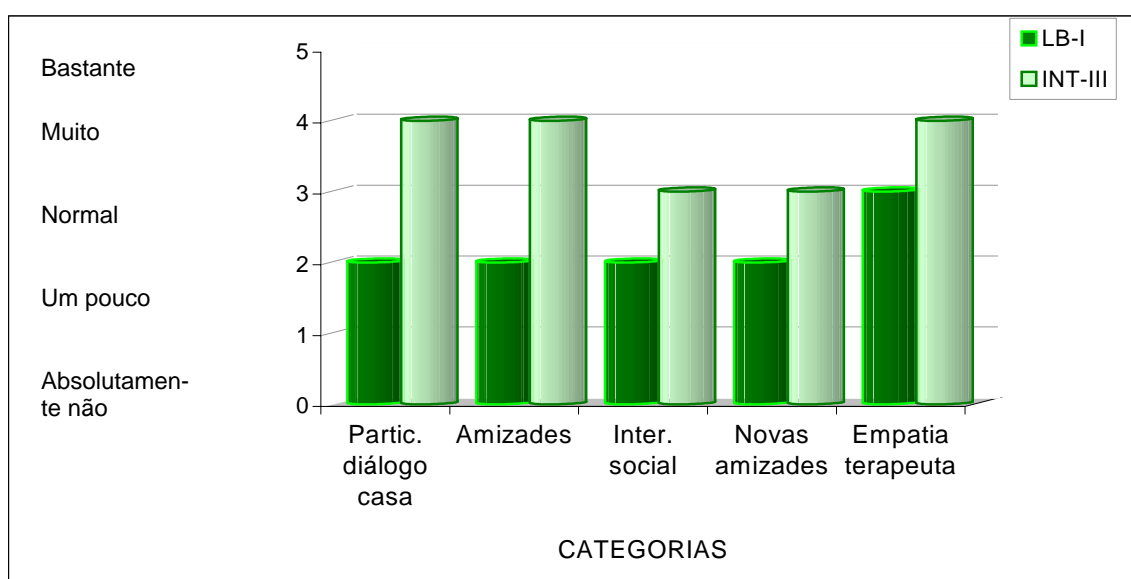


Figura 15 - Escala de avaliação da Interação Social – participante 2 conforme informações fornecidas pela irmã.

A Figura 16 apresenta os dados relativos aos Hábitos Diários em relação ao Comportamento Alimentar, queixas em relação à qualidade do Sono, Vaidades, Atentar para os Estímulos, Estabelecer Objetivos e Acordar Mal humorada marcados pela irmã da Participante 2.

Em relação ao comportamento Alimentar a irmã assinalou que a participante se alimentava 'um pouco' na fase de Linha de Base-I e 'normal' na Intervenção-III, fato que corrobora com sua melhora. O resultado sobre as queixas em relação ao Sono a irmã da participante assinalou 'muito' na Linha de Base-I e 'normal' na Intervenção-III. Este quesito merece atenção especial, pois a Participante permanecia em média 18 a 20 horas deitada, portanto foi muito bom ter diminuído o tempo de sono. No quesito Vaidade a irmã marcou 'normal' na Linha de Base-I e 'muito' na Intervenção-III. Já para os comportamentos de Atentar para os Estímulos a irmã avaliou 'normal' na LB-I e na INT-III. O Estabelecimento de Objetivos também recebeu pela irmã da participante a avaliação 'normal' na LB-I e na INT-III. A irmã avaliou o acordar mal humorada com 'muito' na LB-I e 'normal' na INT-III. O fato de acordar de bom humor é relevante, pois um dos motivos de discussão familiar era o mal humor considerado insuportável pela família.



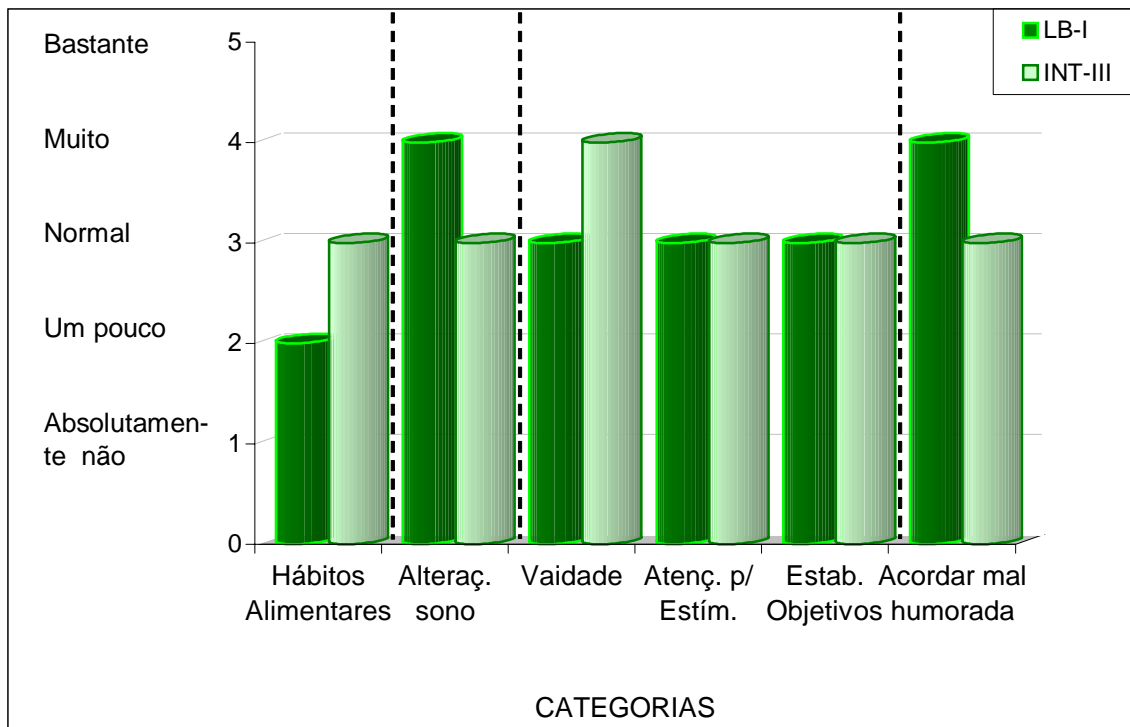


Figura 16 – Escala de Avaliação dos Hábitos Diários - participante 2 conforme informações fornecidas pela irmã.

A irmã da Participante 2 resumiu, na Linha Base-I e após a Intervenção-III, as principais mudanças comportamentais observadas descritas abaixo.

Na Linha de Base-I:

*“Total impaciência em lugares públicos, pensa que o trânsito deve parar para ela passar. Pensa que os intervalos (corredor) entre as prateleiras dos supermercados devem ficar livres para só ela passar. Não discute sobre seus próprios direitos no trabalho e se deixa ser passada pra trás. Tem medo de dialogar”.*

*Antes (de o pai falecer) assistia muitas fitas de vídeo no próprio quarto, agora não assiste mais para não deixar a mãe sozinha na sala. Antes conversava muito com amigos ao telefone, mas agora não mais, pois se sente vigiada pela mãe. Há 2 anos que se sente responsável pela vida da mãe que ficou viúva. Não quer deixá-la sozinha. Esconde todos os tipos de dores e doenças para não preocupar a mãe e os irmãos (ou qualquer outro problema)”.*

Após a Intervenção-III:

*“A C. antes se irritava mais facilmente com qualquer fato ou pessoa (com atendentes ou vendedores, no trânsito, com a mãe, com a falta de dinheiro, com a falta de trabalho e até com as pessoas andando a sua frente), mas agora se encontra mais paciente e mais compreensiva principalmente dentro de casa, com a mãe, onde se apresentavam os sintomas mais acentuados. Ela passou a ter mais cautela na forma de conversar com a mãe sobre algum problema. Sobre esperar melhor o momento de falar ou reprimir algum ato e não tem mais medo de deixá-la sozinha. Às vezes vai para a chácara de uma amiga e fica até 4 dias fora, coisa que não fazia. Quando sai com os amigos volta pra casa mais tarde, sem se culpar por estar fazendo algo errado. Começou a conversar com os outros irmãos a fim de distribuir melhor suas obrigações e responsabilidades de filha. Não se irrita tanto no trânsito, nos shoppings ou nos supermercados. Conformou-se e se adaptou melhor à falta de emprego e dinheiro, sem perder a esperança de que as coisas podem melhorar.*

*Está cuidando melhor de sua saúde procurando médicos especialistas. Conversa com seus amigos sobre problemas individuais e inclusive já se oferece para fazer ‘algum bico’ que possa aparecer na sua área profissional. Sua capacidade de pensar na melhor forma de resolver uma situação já melhorou. Restam apenas alguns temores ou falta de coragem para tomar decisões sozinha. Mas, na minha opinião, isso faz parte de sua vida desde a infância, portanto é uma insegurança considerada até normal”.*

## **V - Avaliação do processo terapêutico pela Participante 2**

A seguir breve resumo feito pela Participante 2, sobre os resultados alcançados durante o processo de terapia desenvolvido na pesquisa e que se encontram na íntegra no anexo 8.

Trecho retirado das verbalizações da última sessão da Participante 2, em 08/09/2003:

*“Hum! Eu tava mesmo pensando em fazer essa avaliação porque de repente serve como um documento pra você.*

*Eu lembrava que eu tinha que escrever, mas aí eu preferi me envolver com a monografia.*

*Almocei, aí eu falei, agora eu escrevo. Aí eu sentei e falei: gente eu vou escrever o quê?*

*Falei: não, eu vou encarar e vou lá (na terapia) assim mesmo. (risos)*

*... quando eu vim, né até falei pra você: não sei o que eu estou fazendo aqui.*

*... falando grosseiramente teve altos e baixos*

*Ah, meu autocontrole melhorou um pouco.*

*Eu tava terrível! Eu tava chata!*

*Então quer dizer, eu dei uma melhorada, né?*

*Eu fiquei mais calma. Eu tô mais calma.*

*Tô com um pouco de autocontrole. E espero continuar, né?*

*O que me impede um pouco de voltar a ser como eu era, é que agora eu sou responsável por uma pessoa.*

*Foi a mudança que teve pra mim, além da perda do meu pai, tudo bem.*

*Eu sinto que ela (mãe) fica se anulando na minha presença.*

*Quando nós começamos a terapia, eu tava me anulando muito pra tentar agradá-la. Nem tanto quanto antes, porque eu já me anulei demais...*

Em 02 de junho de 2004, a pesquisadora/mestranda recebeu um e-mail da Participante 2 - anexo 9, quando esta então disse que se lembrava de “estar devendo” um parecer sobre os resultados conseguidos no processo de terapia desenvolvido durante a pesquisa.

A seguir, algumas frases:

*“Olá! O que eu tenho pra te contar é que as coisas continuam no mesmo parágrafo”.  
...minha carga horária na escola aumentou um pouquinho.  
Namorado, eu ainda não tenho... Se acontecer, aconteceu.  
Meu problema de coluna agora se tornou crônico (risos).  
Tô levando a vida do meu jeito: o que vier agora é lucro.  
Eu deixo a vida me levar.  
Sobre... a minha mãe, quando percebo... algum conflito eu evito.  
Tenho tido mais controle da minha raiva no trânsito ao dirigir.  
Terminei minha especialização.  
O Torneio que estávamos planejando, não foi pra frente...  
Ah tem uma vantagem... voltei a apitar jogos com mais frequência.  
... meu relacionamento com a R (irmã), pra mim continua do mesmo jeito,  
...mas eu não mudei o pensamento sobre ela não.  
Mas a terapia valeu... Eu aceito mais as coisas acontecendo comigo.  
Não tô mais tão impaciente.  
Continuo ansiosa, mas menos impaciente.*

Conforme discutido em parágrafos anteriores hipotetiza-se que propiciar contingências positivas, ainda tem sido um tanto difícil para a Participante 2, levando-a a ocorrência ‘do nada se ganha e nada se perde’. Porém conforme as frases citadas acima e recebidas via e-mail, a mesma tem buscado em médio prazo, reforços positivos que visam impedir que algumas situações vivenciadas piorem, ou seja, tem tentado se comportar de maneira mais adaptativa no dia-a-dia.

## Discussão Final

Na presente pesquisa foi estudado o comportamento de deprimir-se em contexto terapêutico, quando foi utilizado como intervenção um sinal de aprovação contingente às verbalizações positivas e um sinal de desaprovação contingente às verbalizações negativas, durante as fases de um Delineamento de Reversão na modalidade da terapia comportamental. Foram utilizadas múltiplas medidas de observação, comuns em processos de auto-adesão, dentre elas visou-se mais um objetivo de estudo, que foi a avaliação dos estados emocionais negativos com a verbalização de notas pontuadas pelas participantes no início e final de cada sessão terapêuticas em cada uma das fases a que foram submetidas. Também, contou-se com dados de observação dos comportamentos das participantes avaliados e fornecidos em duas fases do delineamento (Linha de Base I e após a Intervenção-III), por um membro da família, sendo que a Participante 1 teve a mãe como informante e a Participante 2 teve a irmã mais nova como informante, além da aplicação do BDI também em fases idênticas do delineamento, para avaliar a intensidade da depressão, relatada pelas participantes.

Foi possível verificar, através da análise do processo de cada caso, que a Psicoterapia Comportamental com o uso específico de reforçadores generalizados propiciou resultados satisfatórios à comprovação do aparecimento de comportamentos clinicamente relevantes das Participantes, ora avaliadas em contexto natural (em casa, no dia-a-dia), ora em contexto clínico, e nessa interação dos eventos deu-se início ao caminho lógico e prático para desvendar e tentar explicar o que realmente acontece numa sessão clínica, ou seja, no contexto terapêutico.

Os resultados do estudo revelaram uma diminuição das falas indicativas de depressão bem como um aumento das verbalizações positivas sendo estas consideradas um indicativo de melhora no estado emocional negativo, levando-se em conta as manifestações particulares em forma de relatos verbais positivos de cada participante. Tais resultados foram devidamente analisados e avaliados em forma de gráficos e tabelas anexas, donde comprova-se que a ação dos reforçadores generalizados utilizados teve influência primordial. Considerando a avaliação dos estados emocionais avaliados no início e final de cada sessão em todas as fases a que foram submetidas, ambas participantes responderam ao controle exercido pela mestranda-terapeuta.

As participantes, em geral, apresentaram uma redução dos níveis de intensidade da depressão conforme demonstraram os dados da presente investigação. Também a avaliação de um membro da família foi de grande importância o que corrobora com os resultados obtidos no contexto clínico em relação à diminuição dos comportamentos indicativos de depressão.

Cabe aqui ressaltar que esta proposta não visava dar orientação às participantes ou aos membros das famílias, uma vez que se queria verificar os efeitos do uso dos reforçadores generalizados em depressivos estando estes em contexto clínico.

Os reforçadores generalizados também foram utilizados para fortalecer as verbalizações positivas e desempenhos semelhantes foram obtidos por Thorndike em 1933 e Greenspoon em 1955 apud Honig (1975). Este tipo de reforço generalizado, a saber, sinal de aprovação contingente a falas positivas e sinal de desaprovação contingente a falas negativas descritos no presente trabalho pode ter sido fundamental para os resultados alcançados na presente investigação.

A depressão é também descrita em termos emocionais negativos (Staats, 1996). Tais estados emocionais muitas vezes não são passíveis de serem diretamente observados. Porém um fator precipitante pode ser uma projeção verbal que ocorre internamente no sentido de que o cenário não melhorará, ou seja, de acordo com o Behaviorismo Psicológico, os estados emocionais negativos podem ter sua origem a das contingências as quais o indivíduo é exposto, isto pode ser a partir de uma perda ambiental, o que pode afetar a resposta a outros estímulos, inclusive o reforçamento de estímulos positivos. Segundo o autor, muitos indivíduos que enfrentam infortúnios, podem não vir a sofrer uma depressão, pois tais situações podem não ser percebidas como uma perda dramática. Porém aqueles indivíduos que se deixam envolver pelas situações consideradas negativas podem desenvolver um comportamento comum em depressivos que é a ocorrência da autolinguagem negativa, ou seja, o que o indivíduo fala a si mesmo, e que tem uma grande influência no prolongamento das emoções negativas e que corroboram com a manutenção dos comportamentos depressivos.

A prática demonstra que o contexto clínico comportamental é essencialmente verbal, portanto através das trocas verbais o terapeuta pode também instruir o cliente a comportar-se frente às contingências de uma maneira mais adaptativa, ou positiva. Quando alguma técnica é introduzida no ambiente terapêutico e o cliente aprende as instruções de maneira clara e eficiente pode-se supor que mudanças fundamentais ocorrerão em seu próprio repertório comportamental.

Cabe aos analistas do comportamento ampliar e conduzir pesquisas onde os estados emocionais tanto positivos quanto negativos possam ser melhores e mais explorados através de avaliações e testagem por meio dos relatos verbais como no

caso do presente estudo. É sabido que as palavras é um dos modos mais efetivos de influenciar o comportamento do indivíduo.

No presente trabalho os dados comprovam que a terapia melhorou o estado emocional negativo da Participante 1, sem o uso de medicamentos, fato que inclusive faz parte dos critérios de inclusão citados. Já a Participante 2, conforme comentado, um fato relevante talvez tenha sido motivo de dificuldade detectada no estabelecimento de uma relação terapêutica mais adequada, fato este que é a diferença de idade entre terapeuta e participante.

Finalizando, foram discutidos vários indícios que podem levar um indivíduo a manifestar sintomas depressivos e na literatura encontram-se análises de condições fisiológicas que buscam explicar a depressão, porém Staats (1996) sugere que a análise deve iniciar pela resposta dada a experiência vivenciada pelo indivíduo aos eventos ambientais, ou seja, às contingências às quais ele foi exposto, seu RBC, pois estas contingências podem eliciar as respostas emocionais negativas ou positivas, tanto a nível emocional-motivacional, sensório-motor e lingüístico-cognitivo.

Staats (1996), também comenta que os estados emocionais negativos podem comprometer exageradamente o comportamento do indivíduo, uma vez que tal comportamento poderá ter o efeito de uma variável dependente, ou seja, ser induzida por um estímulo, ou pode ter a função de uma variável independente induzindo outros sintomas comportamentais. Daí a necessidade de se entender as interações manifestas no comportamento x-meio ambiente e repertórios básicos de comportamento adotados por cada indivíduo quando acometido por depressão (p. 285).

Encontra-se na literatura que as bases empíricas são fundamentais para a atividade científica. A observação e descrição de dados clínicos em contextos terapêuticos são relevantes para dar continuidade ao que realmente ocorre dentro do consultório sob qualquer ponto de vista. Ao estender os princípios científicos à complexidade do comportamento humano torna-se possível submeter áreas de aplicação ao controle da ciência.

*“Dos fios caóticos da diversidade sem relacionar os da psicologia, resta o tecido resistente de uma ciência unificada”. A aqueles que fazem o trabalho de tecer”.*

*Arthur Wilbur Staats, (Conducta e Personalidad – Conductismo Psicológico, 1997, p.04)*

**OBS:** *As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e Verbalizações Negativas da Participante 1 (Anexos 1 e 2) e da Participante 2 (Anexos 3, 4 e 8), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.*

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C. M., Hawkins, R. P., Freeman, K.A., and Scotti, J.R. (2000). Private Events: Do They Belong in a Science of Human Behavior? – Behavior Analyst – 23, (pp. 1-10).
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (Orgs.), *Psicologia Comportamental e Cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André: ARBytes.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. (pp. 35-46). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, Vol. 4. (pp. 461-571).
- Beck, A. T., Rush, J.A., Shaw, B.F., Emery, G. (1997). Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Britto, I. A. G. S. (1999). Poder – Saber x Doença Mental. Tese de Doutorado: Ciências Humanas – PUC – SP – Não publicada.
- \_\_\_\_\_. (2003). A Depressão segundo o Modelo do Behaviorismo Psicológico de Artur Staats. Sobre Comportamento e Cognição, Vol. 12. (pp. 60-68). São Paulo: ESEtec – Editores Associados.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. (pp. 473-587) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Catania, C. A. (1999 a). Aprendizagem e Comportamento. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (pp. 21-31). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Creel, R. (1980). Radical Epiphenomenalism: B. F. Skinner's Account of Private Events. Behaviorism, Vol. 8, (pp. 31-53).
- Cunha J. A . (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. - São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Da Cunha, R. N. (2003). Contribuições de Jack Michael à Análise do Comportamento. Em: M. Z. da S. Brandão; F. C. de S. Conte; F. S. Brandão; Y. K. Ingberman; C. B. de Moura; V. M. Da Silva; S. M. Oliane. (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição*. Vol. 11. Cap. 2 (pp. 21-33). São Paulo ESEtec.

- Dougher, M. J., Hackbert L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. V, nº 2, (pp. 167-184). São Paulo: ABPMC.
- Ferster, C. B. (1967/1977) – Perspectiva de la Psicología: XXV Transición Del Laboratorio de Animales a La Clínica. In: Ulrich, R., Stachnick, T.; Mabry, J. (Orgs.) Control de la Conduita Humana de la Cura e la Prevención. Vol. 2 – México - Ed. Trillas. (pp. 50-55).
- Ferster, C. B., Culbertson, S., Boren, M.C.P. (1968/1979). *Princípios do Comportamento*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Gangora, M. A. N. & Abib, J. A. D. (2001). Questões Referentes à Causalidade e Eventos Privados no Behaviorismo Radical. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. 3, nº 1, (pp. 9-24). – São Paulo: ABPMC.
- Guilhardi, H. J. (1997). Com que Contingências o Terapeuta Trabalha em sua Atuação Clínica. Em: R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Vol. 1. Cap. 33 (pp. 322-337). Santo André: ARBytes.
- Graeff, F. G. (1990). Drogas Psicotrópicas e seu modo de ação. 2ª Ed. São Paulo: EPU.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Honig, W. K. (1975) *Conducta Operante. Investigación e aplicações*. México: Trillas.
- Hunziker, M.H. (1993a). Desamparo Aprendido: um modelo animal de depressão? Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 9, nº 3, (pp. 487-498). Brasília: IPUNB.
- \_\_\_\_\_ (1997b). Desamparo Aprendido e a Análise Funcional da Depressão. Em D.R. Zamignani (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: A Aplicação da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental no Hospital Geral e nos Transtornos Psiquiátricos*. (pp. 141-149). Santo André: ARBytes.
- \_\_\_\_\_ (2001c). O Estudo do Desamparo Aprendido como Estratégia de uma Ciência Histórica. Em H. J., M. B.B.P. Madi, P.P. Queiroz & M. C. Scoz (Org(s).), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*. (pp. 227-233). Santo André: ESEtec.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (2001). Psicoterapia Analítica-Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas – Santo André – SP: ESEtec.
- Lázarus, A. (1980). Terapia Multimodal do Comportamento. São Paulo: Ed. Manole.

- Lewinsohn, P. M.; Gotlib, I. H.; Hautzinger, M. (2003). Tratamento Comportamental da Depressão Bipolar. Em: Vicente, E. Caballo (org.) Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos. (pp. 473-521). São Paulo: Livraria Santos.
- López, L. O. (2001). Depresión Control y Superación – 2ª Ed. – Madrid – España – Libro- Hobby - Club, S.A.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM – IV – TR. Associação Americana de Psiquiatria (2003) – 4ª ed. Texto Revisado - Porto Alegre: Artmed.
- Matos, M. A. (1997). O Behaviorismo Metodológico e suas relações com o Mentalismo e o Behaviorismo Radical. Em Banaco R. A. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Vol. 1, (pp. 54-67). Santo André: ARBytes.
- Montanero, M. (1997). Questionário para Avaliação do Stress. Universidade de Extremadura. Espanha.
- Neno, S. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. Psicologia: Ciência e Profissão. nº 02, (pp. 2-12). Brasília: Petry Gráfica Editora.
- Palmer, D. D. (2002). Psychological Essentialism: A Review of E. Margolis and S. Laurence (Eds.), Concepts: Core Readings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 78, (pp. 597-607).
- Reese, E.P. (1978). Análise do Comportamento Humano - 4ª Ed. – Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora.
- Seligman, M. E. P. (1977). Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo: HUCITEC.
- Simonassi, L. E. ; Cameschi, C. E. (2003). O Episódio Verbal e a Análise dos Comportamentos Verbais Privados – Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol.5, nº 2, (pp. 105-117).
- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). Comportamento Humano Complexo. São Paulo: EPU e EDUSP.
- Staats, A. W. (1996). Behavior and Personality Psychological Behaviorism. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Skinner, B. F. (1945a). The Operational Analysis of Psychological Terms. Psychological Review, 52. (pp. 270-277).

\_\_\_\_\_. (1954b) Critique of Psychoanalytic Concepts and Theories. In: Staats, A. W., edited Human Learning – Studies Extending Conditioning Principles to Complex Behavior. (pp. 387-395). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

\_\_\_\_\_. (1953/1976c). O eu. Em B. F. Skinner. *Ciência e Comportamento Humano* (pp. 271-280). 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. (1957/1978d). O Comportamento Verbal. Tradução de Maria da Penha VillaLobos. São Paulo: Editora Cultrix.

Smith, W. (1984). Cecil Tratado de Medicina Interna. Vol. 2. (pp.1881 -1890). Rio de Janeiro: Interamericana.

**Apêndice A:**

Autorização da Cliente Para Procedimento

### **AUTORIZAÇÃO DA CLIENTE PARA PROCEDIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, com RG N° \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, cliente, estou ciente e de pleno acordo de que durante as sessões de atendimento psicológico, realizadas pela Psicóloga ECIENE HELENA P. DANTAS DE OLIVEIRA, sob a Orientação da Professora do Mestrado, Doutora ILMA A. GOULART DE SOUZA BRITTO, sejam utilizados os recursos terapêuticos de gravação em fitas de vídeotape - para posterior transcrição dos dados - e de registro manual dos dados. Estou, também, de acordo que tais dados possam ser, posteriormente, ouvidos pela Psicóloga e Orientadora, acima citadas.

As referidas sessões de atendimento e as gravações serão realizadas, no consultório da Psicóloga, com o aval da instituição de ensino onde o Mestrado está sendo desenvolvido.

Estou ciente de que apenas os responsáveis pelo procedimento científico terão acesso às gravações, garantindo o sigilo absoluto e a preservação de minha identidade. Estou, também, ciente e concordo que os resultados desta pesquisa, organizados de modo a não permitir minha identificação, serão tornados públicos através de apresentações orais à comunidade científica qualificada e a elaboração de trabalhos escritos, sendo os últimos publicados ou não.

Tenho a ciência de que será assegurado que a finalidade de tal procedimento será tão somente a de análise de dados referentes ao processo terapêutico com o objetivo de elaboração de trabalho de pesquisa.

Declaro estar ciente de que estou recebendo um tratamento especializado, sem que tenha que dispor de recursos financeiros para tal e que posso, a qualquer momento, solicitar o cancelamento das gravações, sem o prejuízo da continuidade do atendimento.

Declaro, finalmente, concordar com os termos deste documento sem restrições.

\_\_\_\_\_  
Eciene Helena P. D. de Oliveira  
Psicóloga e Mestranda

\_\_\_\_\_  
Drª Ilma A. Goulart de S. Britto  
Psicóloga e Orientadora do Mestrado

Cliente em Atendimento:

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Apêndice B:**

Ficha de Identificação da Cliente

Ficha de Identificação da Cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

End. \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fone p/ Recado: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_ Celular.: \_\_\_\_\_

\*Pai: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_ Celular.: \_\_\_\_\_

\*Mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Queixa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HORÁRIOS DISPONÍVEIS

<i>TURNOS/ DIAS</i>	<i>SEGUNDA</i>	<i>TERÇA</i>	<i>QUARTA</i>	<i>QUINTA</i>	<i>SEXTA</i>
<i>MATUTINO</i>					
<i>VESPERTINO</i>					
<i>NOTURNO</i>					

Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arquivado data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Visto Terapeuta: \_\_\_\_\_



**Apêndice C:**

Ficha Controle de Procedimentos Adotados em Cada Sessão

## Procedimento Adotado em Cada Sessão

Participante: \_\_\_\_\_ / Sessão nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Verbalizações Positivas (●)	Verbalizações Negativas (x)
TOTAIS POR SESSÃO:	
Verbalizações Positivas (●) =	Verbalizações Negativas (x) =

**Apêndice D:**

Questionário de História Vital – Lázarus (1980)

## QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA VITAL (Lázarus, 1980)

### 1) DADOS GERAIS:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado civil: (faça um círculo em volta da palavra certa)

solteiro      noivo      separado      divorciado      viúvo      casado

casado com segundas núpcias

### 2) DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS:

a) Descreva com suas próprias palavras a natureza dos seus principais problemas e sua duração: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Faça um breve resumo da história e do desenvolvimento de suas queixas (desde o início até o presente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Na escala abaixo faça uma estimativa da gravidade do seu problema:

levemente      moderadamente      bem      extremamente grave incômodo  
grave      grave      totalmente incapacitante

d) A quem você consultou anteriormente sobre o(s) seu(s) problema(s) atual (ais) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Você está fazendo uso de alguma medicação? Em caso positivo, qual, em que quantidade e com que resultados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3) DADOS PESSOAIS:

a) Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

b) Condições de sua mãe durante a gravidez (até onde você souber):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Sublinhe os itens abaixo que ocorreram durante a sua infância:

terrores noturnos  
sonambulismo  
infância feliz

enurese noturna  
chupar os dedos  
infância infeliz

roer as unhas  
gagueira  
temores

Outros itens: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Saúde durante a infância:

Ruim ( )

Boa ( )

Excelente ( )

Relação de doenças: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Saúde durante a adolescência:

Ruim ( )

Boa ( )

Excelente ( )

f) Qual seu peso? \_\_\_\_\_

g) Você foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? (Favor fazer uma relação delas, indicando a idade na época).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Algum acidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) Faça uma lista dos seus cinco principais temores:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

j) Sublinhe os itens seguintes que se aplicam a você:

cefaléias

vertigens

desmaios

palpitações

raiva

distúrbios estomacais

ansiedade

distúrbios intestinais

conflitos

fadiga

inapetência

uso de sedativos

insônia

tremores

pesadelos

entrar em pânico

alcoolismo

sentir-se tenso

depressão

idéias de suicídio

uso de drogas

solidão

incapaz de descansar

problemas sexuais

alergias

não gostar de fins  
de semana e férias

muito ambicioso

envergonhar-se de  
estar c/ outras pessoas

consegue fazer

sentimentos de

não consegue tomar

amigos	inferioridade	decisões
não consegue se manter em um emprego	problemas de memória	condições familiares ruins
problemas financeiros	incapaz de se divertir	sudorese excessiva
uso freqüente de aspirinas ou de analgésicos		dificuldades de concentração

k) Sublinhe as palavras abaixo que se adaptam a você:

inútil / desprezível / “um João ninguém” / a vida é vazia / inadequado / estúpido, incompetente / ingênuo / “não consegue fazer nada certo” / culpado / mau / moralmente errado / pensamentos horríveis / hostil / pleno de ódio / ansioso / agitado / covarde indeciso / vive em pânico / agressivo / feio / deformado / sem atrativos / repulsivo deprimido / solitário / não amado / equivocado / aborrecido / impaciente / confuso / infiel sempre em conflito / arrependido / respeitável / compreensivo / atraente / fiel / respeitador

---

---

l) Interesses, hobbies e atividades atuais: \_\_\_\_\_

---

---

m) Como é ocupada a maior parte do seu tempo livre? \_\_\_\_\_

---

---

n) Qual foi o último nível escolar que você completou? \_\_\_\_\_

o) Habilidades acadêmicas, potencialidades e pontos fracos: \_\_\_\_\_

---

---

p) Você já foi alguma vez incomodado ou severamente importunado? \_\_\_\_\_

---

---

q) Você faz amigos facilmente? \_\_\_\_\_

r) Você os mantém? \_\_\_\_\_

4) DADOS LABORATIVOS:

a) Que tipo de trabalho você está desenvolvendo atualmente? \_\_\_\_\_

---

---

b) Tipos de trabalho desempenhados no passado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) O seu trabalho atual o satisfaz? (Em caso negativo, em quais aspectos não está satisfeito?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Quanto você ganha? \_\_\_\_\_ Quanto você gasta? \_\_\_\_\_

e) Ambições:  
Passadas: \_\_\_\_\_

Atuais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5) HISTÓRIA SEXUAL:

a) Atitudes dos pais em relação ao sexo (por exemplo, havia informações ou discussões sobre sexo em casa)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Quando e como ocorreu o seu primeiro conhecimento sobre sexo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Quando você se tornou consciente pela primeira vez dos seus próprios impulsos sexuais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Você se sentiu alguma vez ansioso ou culpado por se sentir excitado ou por masturbar-se? Em caso positivo, favor explicar. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Cite quaisquer detalhes importantes em relação à sua primeira ou às subseqüentes experiências sexuais. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) A sua vida sexual é satisfatória? (Em caso negativo, favor explicar.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) Informe sobre quaisquer reações significativas heterossexuais (e / ou homossexuais). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) HISTÓRIA MENSTRUAL:

Idade da menarca? \_\_\_\_\_ Você foi informada a respeito ou sentiu um choque quando ocorreu pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Suas menstruações são regulares? \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Você sente dores? \_\_\_\_\_

Data do último período menstrual: \_\_\_\_\_

Sua menstruação afeta seu humor? \_\_\_\_\_

7) HISTÓRIA CONJUGAL:

Há quanto tempo você conhecia seu cônjuge antes do casamento?

---

Idade do marido / esposa: \_\_\_\_\_

a) Personalidade do marido ou esposa (em suas próprias palavras)

\_\_\_\_\_

b) Em que áreas há compatibilidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Em que áreas há incompatibilidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Como você se relaciona com seus parentes afins? (incluindo cunhados e cunhadas). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantos filhos você tem? Faça uma lista anotando seus sexos e idades.

---

e) Algum dos seus filhos apresenta problemas especiais? \_\_\_\_\_

f) Existem quaisquer detalhes importantes em relação à interrupção da gravidez ou abortos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g) Comentários sobre casamentos anteriores e detalhes resumidos.

\_\_\_\_\_

8) DADOS FAMILIARES:

a) Pai:

Vivo ( ) ou falecido ( )?



Se falecido, indique sua idade quando do óbito. \_\_\_\_\_

Causa do óbito: \_\_\_\_\_

Se vivo, qual sua idade atual? \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Saúde: \_\_\_\_\_

b) Mãe:

Viva ( ) ou falecida ( )?

Se falecida, indique sua idade quando do óbito. \_\_\_\_\_

Causa do óbito: \_\_\_\_\_

Se viva, qual sua idade atual? \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Saúde: \_\_\_\_\_

c) Irmãos:

Número de irmãos: \_\_\_\_\_

Idade dos irmãos: \_\_\_\_\_

Número de irmãs: \_\_\_\_\_

Idade das irmãs: \_\_\_\_\_

d) Relacionamento com os irmãos e irmãs:

a) no passado : \_\_\_\_\_

b) atualmente: \_\_\_\_\_

e) Dê uma descrição da personalidade do seu pai e de sua atitude em relação a você (no passado e atualmente). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f) Dê uma descrição da personalidade de sua mãe e de sua atitude em relação a você (no passado e no presente). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g) De que maneiras você foi punido por seus pais quando criança?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Dê uma impressão de sua atmosfera familiar (isto é, do lar em que você foi criado). (Mencione o estado de compatibilidade entre os pais e entre os filhos).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) Você confiava em seus pais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

j) Seus pais o (a) compreendiam?

---

---

k) De uma maneira geral você se sentia amado e respeitado por seus pais? Se você tem um padrasto ou uma madrasta, dê a idade em que a sua mãe ou o seu pai se casou novamente.

---

---

---

l) Faça um resumo da sua iniciação religiosa:

---

---

m) Se você não foi criado por seus pais, quem o fez e entre que anos (idade)?

---

---

---

n) Alguém interferiu em seu casamento, trabalho, etc. (pais, parentes, amigos)?

---

---

---

o) Quem são as pessoas mais importantes da sua vida?

---

---

---

8) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

a) Relate quaisquer experiências angustiantes ou que lhe causassem medo não mencionado anteriormente. \_\_\_\_\_

---

---

b) Cite os benefícios que você espera obter da terapia: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

c) Cite quaisquer situações em que façam com que você se sinta calmo e relaxado.

---

---

---

---

d) Alguma vez você já perdeu o controle? (por exemplo, irritabilidade ou choros ou agressão?) Em caso positivo, por favor, descrever.

---

---

---

---

---

e) Favor acrescentar quaisquer informações que não tenham sido abrangidas por este questionário e que possam auxiliar seu terapeuta e compreendê-lo e ajudá-lo.

---

---

---

---

---

f) Você alguma vez tentou ou pensou seriamente em suicídio? Em caso positivo, favor descrever. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

9) AUTO DESCRIÇÃO: (Favor completar os seguintes itens) :

a) Eu sou uma pessoa que \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

b) Toda minha vida \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

c) Desde que eu era criança \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

d) Uma das coisas de que eu me orgulho é \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

e) É difícil para eu admitir que \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

f) Uma da coisa de que eu não posso me esquecer é \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

g) Uma da coisa de que eu me sinto culpado é \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Uma das coisas que ocorre quando se têm problemas é \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) Uma das maneiras pelas quais as pessoas podem me atingir é \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

j) Eu poderia chocá-lo se: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

k) Uma mãe deveria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

l) Se eu me zangasse com você \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

m) Um pai deveria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n) Se eu não tivesse medo de perder o controle, eu poderia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o) Uma das coisas com que me aborreço é \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

p) Se eu lhe dissesse o que estou sentindo agora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

q) Uma coisa ruim que ocorre quando se cresce é \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

r) Uma das maneiras pelas quais eu poderia me ajudar, mas não faço é \_\_\_\_\_

10) AVALIAÇÃO SUMÁRIA:

O que ocorre com o seu atual *COMPORTAMENTO* que você gostaria de mudar?

\_\_\_\_\_

---

---

b) Que sentimentos você gostaria de alterar (por exemplo – aumentar ou diminuir)? \_\_\_\_\_

c) Que *SENSAÇÕES* são especialmente:

1) Agradáveis para você? \_\_\_\_\_

2) Desagradáveis para você? \_\_\_\_\_

d) Descreva uma *IMAGEM* ou fantasia bastante agradável. \_\_\_\_\_

e) Descreva uma *IMAGEM* ou fantasia bastante desagradável. \_\_\_\_\_

---

---

f) O que você considera como sendo seu *PENSAMENTO* ou idéia mais irracional?

g) Descreva os relacionamentos interpessoais que lhe dão:

1) Alegria \_\_\_\_\_

2) Desgosto: \_\_\_\_\_

h) Que características pessoais você acha que um terapeuta deveria possuir?

i) Como você descreveria as interações ideais de um terapeuta com seus / suas clientes? \_\_\_\_\_

j) O que você acha que o terapeuta poderá fazer por você e quanto tempo você acha que a sua terapia deverá demorar? \_\_\_\_\_

k) Em poucas palavras, em que você acha que consiste a terapia?

---

11) HISTÓRIA SEQUENCIAL:

Favor resumir as suas memórias e experiências mais significantes entre as seguintes idades:

0-5: \_\_\_\_\_

6-10: \_\_\_\_\_

11-15: \_\_\_\_\_

16-20: \_\_\_\_\_

21-25: \_\_\_\_\_

26-30: \_\_\_\_\_

31-35: \_\_\_\_\_

36-40: \_\_\_\_\_

41-45: \_\_\_\_\_

46-50: \_\_\_\_\_

51-55: \_\_\_\_\_

56-60: \_\_\_\_\_

61-65: \_\_\_\_\_

Acima de 66 anos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) PALAVRAS DEFINIDORAS:

Utilize o espaço restante para apresentar definições de você (como elas seriam feitas por):

a) Por você mesmo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Por seu cônjuge (se você for casado) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Por seu melhor amigo: \_\_\_\_\_

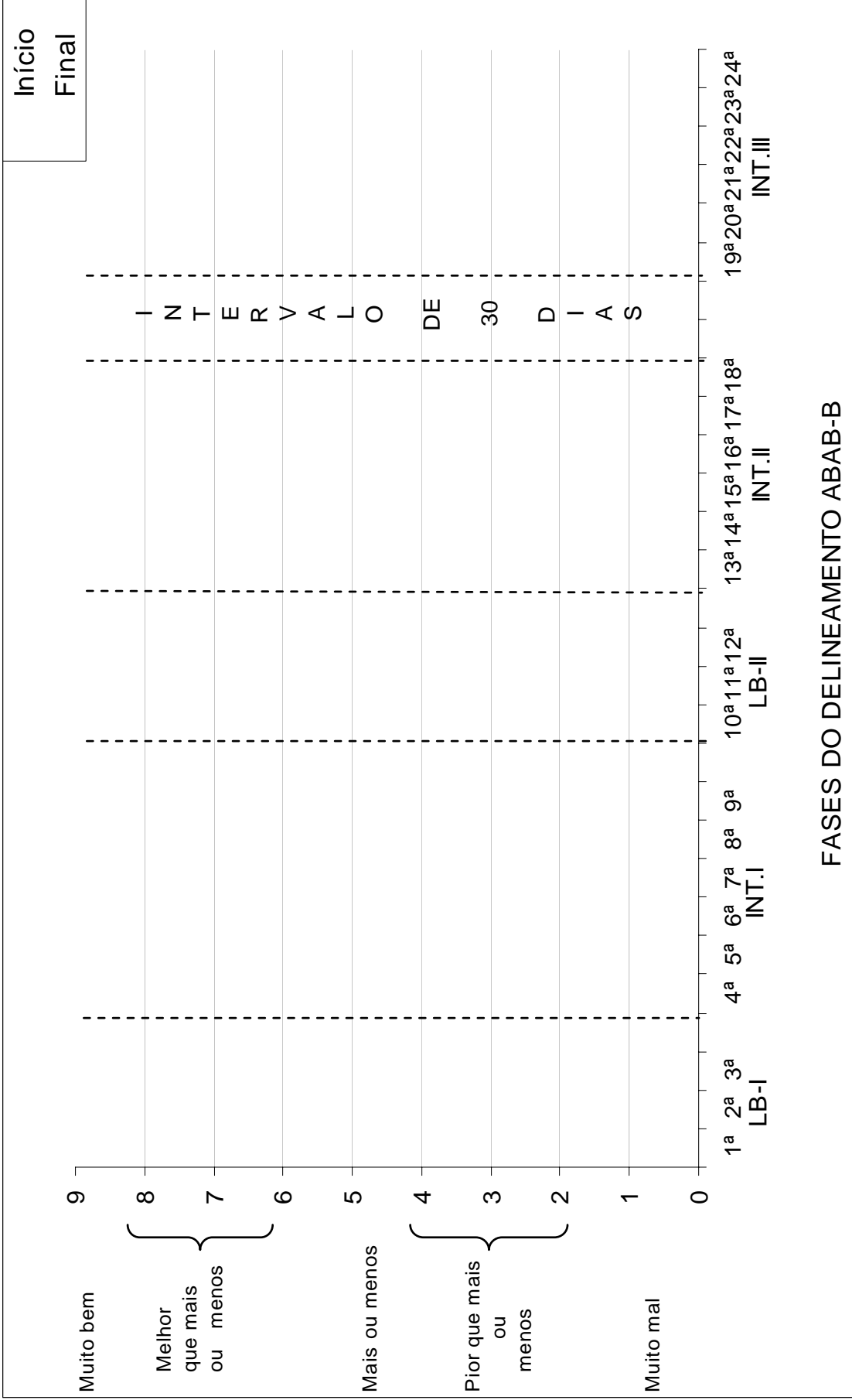
\_\_\_\_\_

d) Por qualquer pessoa que não goste de você: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Apêndice E:**

Auto-avaliação do Estado Emocional no Início e Final de Cada Sessão





**Apêndice F:**

Inventário Beck para Depressão – BDI - (1961)

## INVENTÁRIO BECK PARA DEPRESSÃO (1961)

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Neste questionário estão grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo de afirmações com cuidado. Então escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreve como você esteve se sentindo na **SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE!** Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma. **Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer a sua escolha.**

- 1     0 Eu não me sinto triste.  
      1 Eu me sinto triste.  
      2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.  
      3 Eu estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.
  
- 2     0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.  
      1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.  
      2 Eu sinto que não tenho nada porque esperar.  
      3 Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.
  
- 3     0 Eu não me sinto um fracasso.  
      1 Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas.  
      2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos.  
      3 Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
  
- 4     0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.  
      1 Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.  
      2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada.  
      3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.
  
- 5     0 Eu não me sinto particularmente culpado.  
      1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.  
      2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.  
      3 Eu me sinto culpado o tempo todo.
  
- 6     0 Eu não sinto que estou sendo punido.  
      1 Eu sinto que posso ser punido.  
      2 Eu espero ser punido.  
      3 Eu sinto que estou sendo punido.
  
- 7     0 Eu não me sinto decepcionado comigo.  
      1 Eu estou decepcionado comigo.  
      2 Eu estou aborrecido comigo.  
      3 Eu em odeio.

- 8 0 Eu não me sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.  
1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.  
3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
- 9 0 Eu não tenho nenhum pensamento de me matar.  
1 Eu tenho pensamentos de me matar, mas não colocaria em prática.  
2 Eu gostaria de me matar.  
3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
- 10 0 Eu não choro mais do que o habitual.  
1 Eu choro mais agora do que costumava chorar.  
2 Eu choro o tempo inteiro agora.  
3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.
- 11 0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.  
1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.  
2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.  
3 Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
- 12 0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.  
1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.  
2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.  
3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
- 13 0 Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.  
1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.  
2 Eu Tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.  
3 Eu não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14 0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.  
1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.  
2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.  
3 Eu acredito que pareço feio.
- 15 0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.  
1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.  
3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16 0 Eu não consigo dormir tão bem quanto o habitual.  
1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.  
2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.  
3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17 0 Eu não fico mais cansado que o habitual.  
1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.  
2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.  
1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.  
2 Meu apetite está muito pior agora.  
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19 0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.  
1 Eu perdi mais de 2,5 kg    Eu estou propositalmente tentando perder peso,  
2 Eu perdi mais de 5 kg    Comendo menos. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_.  
3 Eu perdi mais de 7,5 kg.
- 20 0 Eu não estou mais preocupado sobre minha saúde do que o habitual.  
1 Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores;  
ou desconforto estomacal; ou constipação.  
2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar  
em outras coisas.  
3 Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo  
pensar em mais nada.
- 21 0 Eu não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.  
1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar.  
2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora.  
3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.

**Apêndice G:**

Folha de Registro de Mudanças Comportamentais – Montanero (1997)

## FOLHA DE REGISTRO DE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS

Este questionário tem o objetivo de registrar as mudanças comportamentais do cliente através de observações feitas por um membro da família, que more e / ou conviva com este.

### Instrução:

Leia cada pergunta e assinale a afirmação que melhor indicar a resposta observada por você.

Tenha como base a seguinte avaliação:

<b>Absolutamente não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Normal</b>	<b>Muito</b>	<b>Bastante</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Cliente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Avaliação N° \_\_\_\_\_

## FOLHA DE REGISTRO Nº 01

### I – MOTIVAÇÃO E INTERESSE:

1 – APRESENTA MOTIVAÇÃO E INTERESSE PELA PRÁTICA DESPORTIVA?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

2 – APRESENTA MOTIVAÇÃO E INTERESSE PELOS ESTUDOS / TRABALHO?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

3 – APRESENTA MOTIVAÇÃO E INTERESSE POR RELACIONAMENTOS AFETIVOS?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

4 – APRESENTA MOTIVAÇÃO E INTERESSE POR ENTRETENIMENTO (TV, CINEMA, MÚSICA, TEATRO, LEITURA, ETC.)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

5 – O TRABALHO REALIZADO PELO TERAPEUTA O (A) MOTIVA A FREQUENTAR A TERAPIA?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

### II – SENSACIONES CORPORAIS:

1 – SE QUEIXA DEDORES MUSCULARES (mialgias?)

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

2 – APRESENTA INDISPOSIÇÃO FÍSICA PARA REALIZAR TAREFAS (falta de energia)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

3 – APRESENTA HUMOR DEPRIMIDO EM CASA OU NO TRABALHO?

(Humor deprimido: apresenta atitude ou tendência emocional desfavorável (mau humor) à outras pessoas e está acompanhado de abatimento físico (sintomas físicos depressivos).

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

4 – APRESENTA MAL HUMOR NO TRABALHO OU EM CASA?

(Mau humor: tendência emocional desfavorável à outras pessoas)

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

5 – APRESENTA IRRITABILIDADE?

(Irritabilidade: apresentar-se de forma agressiva ou provocar outras pessoas)

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

### III – INTERAÇÃO SOCIAL:

1 – PARTICIPA PACIENTEMENTE DE DIÁLOGOS DENTRO DE CASA?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

2 – POSSUI E MANTÉM AMIZADES NO TRABALHO E FORA DELE?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

3 – INTERAGE SOCIALMENTE EM FESTAS, CLUBES, BARES E EVENTOS. SOCIAIS?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

4 – FEZ NOVAS AMIZADES RECENTEMENTE?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

5 – POSSUI INTERAÇÃO POSITIVA (EMPATIA) PELA FIGURA DO TERAPEUTA?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

### IV – HÁBITOS DIÁRIOS (NECESSIDADES BIOLÓGICAS):

1 – HÁBITOS ALIMENTARES (apresenta e mantém bom apetite)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

2 – ALTERAÇÃO DO SONO (tem tido insônia ou dormido muito)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

3 – VAIDADES (Roupas limpas, cabelos e unhas aparados, compra de objetos de uso pessoal como roupas, sapatos, etc...)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

4 – CAPACIDADE DE ATENTAR PARA ESTÍMULOS ESTÁ PRESERVADA (concentração, pensamento, atenção, memória, raciocínio)?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

5 – POSSUI E TEM MANTIDO A ORGANIZAÇÃO E ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5

6 – TEM ACORDADO COM ALGUMA ALTERAÇÃO DE HUMOR?

( ) 1      ( ) 2      ( ) 3      ( ) 4      ( ) 5





## FOLHA DE REGISTRO Nº 02

Relato de atividades ou comportamentos que o cliente antes não praticava, ou não manifestava interesse, mas que apresentou mudanças nos últimos dias:

### 1 – LIMPAR CASA OU AJUDAR EM ALGUMAS TAREFAS DOMÉSTICAS:

- Nunca ajuda
- Algumas vezes ajuda
- Sempre ajuda
- Passou a ajudar agora
- Ajudava antes e agora não ajuda mais
- Não precisa ajudar, pois tem quem faça o serviço

### 2 – NÚMERO DE HORAS QUE O CLIENTE PASSA DENTRO DO QUARTO OU EM OUTRO AMBIENTE DA CASA, NO INTUITO DE SE ISOLAR:

- Permanece \_\_\_\_\_ horas fechado dentro do quarto ou em outro ambiente.
- Não permanece muito tempo dentro do quarto ou em outro ambiente.
- Permanecia no quarto ou em outro ambiente \_\_\_\_\_ horas, mas agora diminuiu para \_\_\_\_\_ horas.
- Permanecia no quarto ou em outro ambiente \_\_\_\_\_ horas, mas agora aumentou para \_\_\_\_\_ horas.
- Não tem apresentado o hábito de permanecer fechado dentro do quarto ou em outro ambiente.

### 3 – CASO PERMANEÇA DENTRO DO QUARTO OU EM OUTRO AMBIENTE DA CASA, MARQUE O QUE O CLIENTE COSTUMA FAZER:

- Fica deitado na cama acordado e pensando
- Dormindo o tempo todo ou a maior parte do tempo
- Assistindo TV
- Ouvindo músicas
- Estudando
- Trabalhando no computador
- Fazendo leituras diversas
- Conversando ao telefone
- Conversando com amigos ou parentes
- Outros. Descreva o quê e por quanto tempo aproximadamente?

---

---

---

### 4 – NÚMERO DE HORAS QUE O CLIENTE PASSA DENTRO DE CASA EXERCENDO AS RESPECTIVAS ATIVIDADES RELACIONADAS ABAIXO:

- Executando tarefas domésticas
- Assistindo TV

- Ouvindo músicas
- Estudando
- Trabalhando no computador
- Fazendo leituras diversas
- Conversando ao telefone
- Conversando com amigos ou parentes
- Outros. Descreva o quê e por quanto tempo aproximadamente?

---

---

---

5 – NÚMERO DE HORAS QUE O CLIENTE PASSA FORA DE CASA EM ATIVIDADES PRODUTIVAS:

- Trabalho: \_\_\_\_\_ horas.
- Escola: \_\_\_\_\_ horas
- Atividades esportivas: \_\_\_\_\_ horas
- Atividades recreativas: \_\_\_\_\_ horas
- Aula de artes plásticas: \_\_\_\_\_ horas
- Aula de idiomas : \_\_\_\_\_ horas
- Casa de amigos: \_\_\_\_\_ horas
- Lazer com amigos: \_\_\_\_\_ horas
- Não sabe onde: \_\_\_\_\_ horas
- Outras atividades. Quais e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

---

---

---

6 – A PARTICIPAÇÃO EM DIÁLOGOS DENTRO DE CASA:

- Aumentou
- Diminuiu
- Continua a mesma

7 – A PARTICIPAÇÃO EM DIÁLOGOS NO TRABALHO OU EM QUALQUER OUTRA ATIVIDADE EXTRA (fora de casa, como: cinemas, festas, clubes, teatro, etc):

- Aumentou
- Diminuiu
- Continua a mesma

8 – SOBRE A SOCIALIZAÇÃO COM AMIGOS:

- Sai para se encontrar com amigos
- Cinemas
- Clubes
- Festas da família, de amigos, ou à trabalho
- Shows musicais
- Teatro
- Assiste e/ ou participa de jogos desportivos.
  - Sim
  - Não



## **Anexo 1:**

### Participante 1

#### Verbalizações Positivas durante as sessões

*OBS: As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e Verbalizações Negativas da Participante 1 (Anexos 1 e 2), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.*

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*

## **Anexo 2:**

### Participante 1

#### Verbalizações Negativas durante as sessões

*OBS: As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e Verbalizações Negativas da Participante 1 (Anexos 1 e 2), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.*

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*

### **Anexo 3:**

#### Participante 2

#### Verbalizações Positivas durante as sessões

OBS: As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e da Participante 2 (Anexos 3, 4 e 8), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*

#### **Anexo 4:**

#### Participante 2

#### Verbalizações Negativas durante as sessões

*OBS: As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e Verbalizações Negativas da Participante 2 (Anexos 3, 4 e 8), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.*

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*



**Anexo 5:**

Textos Discutidos em Consultório

## **AS BASES DA TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVA**

- A Terapia Comportamental e Cognitiva (TCC), é uma abordagem estruturada, onde devem constar os seguintes princípios para que o processo terapêutico aconteça:

- Ela é diretiva – trata do foco em questão;
- É ativa, ou seja, o terapeuta, com a colaboração do cliente, o auxilia a explorar suas experiências;

- É uma terapia que possui prazo limitado: em média 15 a 25 sessões - 50 minutos;

- O enfoque da TCC é trabalhar com problemas recentes, que estejam presentes, com sintomas manifestos e possui alvo específico;

- A TCC visa trabalhar junto ao cliente suas cognições, ou seja, qualquer conteúdo verbal e não-verbal, através de uma síntese dos estímulos internos e externos e seus esquemas, que são atitudes ou pressuposições desenvolvidas a partir de experiências anteriores;

- As técnicas utilizadas, são projetadas para identificar, testar a realidade e corrigir conceitos distorcidos e comportamentos desadaptativos desenvolvidos a partir dessas experiências anteriores;

- A função da TCC é ensinar o indivíduo a reavaliar e corrigir seus comportamentos, o que o leva a aprender a dominar problemas e situações que venham a se repetir. Cabe ao terapeuta ajudar o cliente a pensar e agir de forma mais realística e adaptativa em relação aos seus sintomas psicológicos e assim o cliente reduz consideravelmente o que ele considera ser um problema eminente.

- O cliente aprende a avaliar e responder ao seu pensar monitorando assim seus comportamentos;

- A TCC ensina o cliente a reconhecer as conexões entre: pensar (cognição), afeto (sentir) e ação (comportamento), e com isso o cliente terá condições de substituir distorções na sua maneira de pensar que o predispõe a distorcer suas experiências, por interpretações e comportamentos mais orientados à realidade, ou seja, aprende a agir de maneira mais adaptativa aos estímulos ambientais;

- Ao terapeuta cabe: auxiliar o cliente a identificar e organizar seu pensamento e comportamento no intuito de ajudá-lo a enfrentar as exigências cotidianas;

- Com isso, o cliente passa a ter um maior controle de suas ações que pode ser obtido através da mudança de pensamentos e comportamentos, estabelecendo novas e maiores metas em sua vida.

- O cliente aprende a enfrentar as situações cotidianas, como algumas experiências já vivenciadas, o que muito o auxilia na prevenção de recaídas.

Trata-se de uma reestruturação na maneira de agir, para obtenção de novas conquistas.

### **Referência Bibliográfica:**

Caballo, V. E. (2002). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

## Depressão

### Como ativar a si mesmo

#### O problema

A depressão é um círculo vicioso. Ela diminui o seu ritmo, mental e fisicamente. Tudo se torna um esforço, e você se cansa facilmente. Você faz menos coisas, e então se culpa por fazer menos. Você chega a acreditar que *não é capaz* de fazer nada, e que nunca se recuperará de sua depressão. Então se sente ainda mais deprimido fica cada vez mais difícil fazer algo. E assim alimenta a depressão.

#### Superar o problema: programação de atividades

Tornar-se mais ativo é uma maneira de interromper o círculo vicioso. Há uma série de vantagens:

**A atividade o faz sentir-se melhor.** No mínimo, ela afasta sua mente dos sentimentos traumáticos. Pode dar-lhe a sensação de que está tomando o controle de sua vida novamente, e conquistando algo válido. Você pode até achar que há coisas que aprecia, uma vez que experimentá-las.

**A atividade o faz sentir-se menos cansado.** Normalmente, quando se está cansado é preciso descansar. Quando se está deprimido, o contrário é verdadeiro. Você precisa fazer mais. Fazer nada somente o levará a sentir-se mais letárgico e exausto. E fazer nada deixa sua mente desocupada, introduzindo maiores probabilidades de pensar sobre suas dificuldades e sentir-se ainda mais deprimido.

**A atividade o motiva a fazer mais.** Na depressão, a motivação trabalha às avessas. Quanto mais você faz, mais sente vontade de fazer.

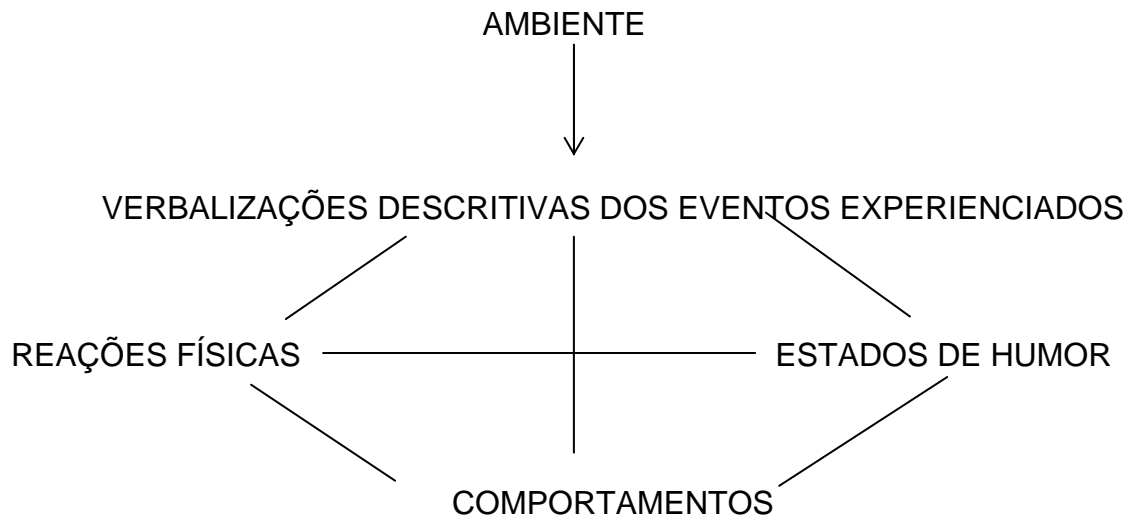
**A atividade melhora sua capacidade de pensar.** Depois de colocar-se em atividade, os problemas sobre os quais pensava não poder fazer nada assumem uma perspectiva adequada.

*Apesar dessas vantagens, começar a funcionar novamente não é fácil. Isso se dá porque pensamentos desanimadores e pessimistas, típicos da depressão, colocam-se em seu caminho. Quando está deprimido, você pode pensar que não está fazendo nada, alcançando nada, ou aproveitando nada. Pode ser difícil organizar seu tempo de maneira produtiva, ou envolver-se em coisas que normalmente aprecia. Quando depara com algo que deseja fazer, de repente se vê pensando: "Não aproveitarei nada", "Farei tudo errado", ou "É muito difícil". Pensamentos como esses o impedem de partir para a ação e ajudam a mantê-lo no círculo vicioso.*

Com o decorrer da terapia, você aprenderá como trabalhar diretamente os pensamentos depressivos que o impedem de conseguir fazer aquilo que deseja. Sua meta será notar e confrontar os pensamentos, afim de que não mais se interponham em seu caminho. Primeiro, porém, é preciso ter uma noção detalhada daquilo que está fazendo exatamente, e quanto prazer e satisfação consegue depreender daquilo que faz. O que descobrir vai ajudá-lo a planejar seu tempo a fim de extrair o máximo de cada atividade do dia.

*Texto produzido pela mestranda-pesquisadora.*

## **COMPREENDENDO MEUS PROBLEMAS**



Independente de quais mudanças contribuam para os seus problemas (crenças de longa data, comportamentos, mudanças físicas), uma vez você estando deprimido ou ansioso ou vivenciando algum estado de humor forte, todos os cinco aspectos de sua vida apresentados na figura acima estão envolvidos. Enquanto pequenas mudanças em todas as cinco áreas podem ser necessárias para se sentir melhor, as mudanças de pensamento são, com frequência, as mais importantes se você deseja criar melhoras duradouras em sua vida.

### Resumo:

- Existem cinco componentes para qualquer problema: ambientes, reações físicas, estados de humor, comportamentos e verbalizações descritivas dos eventos experienciados (pensamentos).
- Cada um dos cinco componentes afeta e interage com os demais.
- Pequenas mudanças em qualquer outra área podem acarretar mudanças nas demais.
- A identificação desses cinco componentes em relação à sua dificuldade pode ajudar a direcionar áreas de mudança.

*Texto produzido pela mestranda-pesquisadora.*

**Anexo 6:**

Avaliação do processo terapêutico pela Participante 1  
via e-mail recebido em 15/02/04

“Eciene,

Oi!!!!!! E aí como vc tá?? Espero que bem!!!!

Bom, esse é mais um dos e-mails "loucos" que eu costumo te mandar.

É o seguinte, eu já to p/ escrever ah muito tempo. Problema é que é tanta coisa que fica até difícil, mas de qualquer forma não posso deixar d fazê-lo...

Vou começar pelo começo. Eheh..que é o mais importante.

Olha só, eu sou outra pessoa!!!! Eu consegui!!! Assim, eu to me aceitando cada dia mais e mais. A cada dia eu me torno uma pessoa mais auto confiante. Aliás, eu sou a pessoa mais de boa agora.

Eciene, vc não ta entendendo!!! As pessoas não em reconhecem mais!!!! Eu não sou nem d longe aquela pessoa q chegou no seu consultório!!! E to muito diferente também da q saiu!!! Sabe, eu tô muito feliz com isso!!!! O q eu quero dizer é q me "desbloqueei"!!!! Eu não tenho mais medo d nada!!!! Q venham os problemas as dificuldades - se não vierem é melhor...eehheh - mas eu SEI q consigo vencer todas elas!!!! Agora to ao contrario, as "dificuldades" me atraem não mais me fazem fugir. Pode vir. Pode vir que eu quero é ver o "oco"!!!! ehehhehe

Alem d não ficar remoendo nada mais!!!! Entendi q meus problemas são meus problemas dos outros são dos outros, mas não que eu tenha me tornado insensível sabe??? Só não fico sofrendo mais com os problemas dos outros ajudo tal, me preocupo, mas não sofro! Isso não é ótimo??!!!

Também tem o fato d agora eu dizer o que quero. Minha sinceridade aflorou ainda mais!!!!!! Então falo o que eu penso sem me preocupar com q os outros vão achar - lógico q penso antes d falar pq a sinceridade às vezes não é p/ ser dita. Vc entende né?

Digo eu te amo a todos quando sinto vontade. Não repreendo isso mais.Mas só digo quando é do fundo do coração mesmo!!!! - Sinceridade.

Não tenho mais nenhum tipo de preconceitos. Como disse agora sou a mais de boa.

Cortei o cabelo e ele ficou o mais doooooiiiiiddooooo!!!!!! Eu fiquei linda!!!! Sério, pela primeira vez eu realmente achei isso. Olhar no espelho e dizer "puts...vc tá realmente linda!!!!" ehhehhe

Eu to sendo a pessoa que sempre quis.!!! Lembra quando eu falava que meu nome soava estranho p/ mim quando alguém me chagava?? Pois e, agora soa tão familiar, soa como eu mesma!!!!

Nenhuma amiga minha me reconhece, elas ficam olhando e uma até perguntou "kd minha amiga.??" dai eu disse "tah aki,mas bem melhor!!!!"

Pq olha só, emagreci pakas...tô com outro cabelo e outra cabeça..Daí as pessoas pensam "é outra pessoa" e eu digo "Ate que enfim!!! Sou eu mesma!!!!".



**Anexo 7:**

Avaliação do processo terapêutico pela Participante 1  
via e-mail recebido em 23/05/04.



“Oi Eciene,

Também estou com saudades!

Minha mãe está bem graças a Deus, minha irmã também e a minha cadela peralta como sempre! Meu relacionamento com meu pai está ótimo! Ele nem parece o mesmo, até em Deus esta começando a acreditar novamente, aliás, melhor dizendo; Está “dando o braço a torcer” dessa vez.

Quanto ao tratamento e esse período em que eu “sigo com minhas próprias pernas”, estou indo muito bem! De verdade! Logicamente acontecem coisas que me aborrecem, como acontece com qualquer ser humano, mas agora eu sei como sair da situação. Consigo perceber se estou errando e o motivo, se não, consigo pedir ajuda a algum amigo para ter uma maior amplitude de idéias. E o melhor, tudo que eu aprendi na terapia com você eu uso diariamente e ensino as pessoas que estão com problemas também. É divertido, me perguntam se eu faço psicologia.

Mas o mais importante! Eu não tenho mais medo! Esses dias eu me olhei no espelho e pensei “puxa vida, como estou bonita!”, - naquele espelho que você mesma disse pra eu colocar no quarto -, e isso foi pra mim uma vitória tão grande! Pois nunca tinha feito isso de coração sabe? Era sempre um pensamento positivo pra me convencer, mas desta vez foi de verdade e foi profundo! Lembrei-me de você no mesmo momento! Pensei que adoraria saber disso.

Estou conseguindo emagrecer cada dia mais! E vou prosseguir até chegar no meu peso ideal. Entrei na academia, ou seja, pratico exercícios físicos diariamente, sem exagero. A comida não me domina mais, eu domino a comida! E não somente ela, mas todas as minhas vontades.

Não durmo mais o dia todo, - até porque não preciso fugir de nada -, durmo até menos que o habitual, e encaro a realidade de frente! De peito aberto, seja ela qual for!

Estou fazendo francês e adorando! Além de cursos extracurriculares pra ver se eu arrumo um graninha. Acabei de fazer Auto Cad 3D, já possuía o básico e agora vou ver se consigo projetos de engenheiros e arquitetos, para ser mais independente, ganhar meu próprio dinheiro. Além do que, fazendo projetos em casa, consigo conciliar trabalho, pois um emprego fixo não me permitiria flexibilidade de horários.

Não consegui encontrar nenhum ponto negativo nesse período, nem na terapia, pelo contrário, aprendi a viver, não preciso depender de nada pra ser feliz, somente de mim mesma! Eu renasci novamente, acordei pra vida! Sem medo, sem ansiedade, sem stress. Estou tão calma que costumo dizer que sou agora a “mais de boa”, porque é difícil me ver preocupada, ou nervosa e mesmo que a situação esteja preta, procuro sempre pensar que vai dar certo! E sempre dá!

Descobri minha força de vontade e determinação, que eu nem sabia que eram tão grandes assim! E com isso, conclui que tudo que fizer vai dar certo! Porque eu retiro forças de mim mesma e faço acontecer! E essa força é muito grande! Tão grande que vem de Deus, Ele me faz tê-la e eu a uso.

Então, estou indo e vindo com “minhas próprias pernas”, sempre cultivando seus ensinamentos e repassando-os. Sendo eu mesma, não me importando com o que os outros vão pensar de mim. Sem medo e ansiedade, de coração limpo. Planejando e lutando por meu futuro, amando a faculdade, e já pensando na minha pós-graduação na França. Tudo o que eu posso fazer, que vejo será bom pra mim, eu faço! Sem me sobrecarregar.

E tenho me divertido claro! Porque ninguém é de ferro! Estou mais sociável, agora sim permito as pessoas adentrarem na minha vida. E elas adentram! Fico conciliando farra, faculdade e cursos, levando tudo na responsabilidade que sempre tive, mas sem me esquecer que errar é humano e fracassar também. E sem deixar de me divertir o quanto posso!

Bom, acho que é isso! Um beijão pra você, estou com saudades. Também gosto muito de você.

Mais uma vez obrigada por tudo!

## **Anexo 8:**

Avaliação do processo terapêutico pela Participante 2

Verbalizações Positivas e Negativas

Transcrição parcial da última sessão: 08/09/03

*OBS: As frases que caracterizam as Verbalizações Positivas e Verbalizações Negativas da Participante 1 (Anexos 3,4 e 8), só poderão ser consultadas por terceiros, mesmo que membros da comunidade científica mediante solicitação por escrito, análise e prévia aprovação por escrito da orientadora desta pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto e da mestranda-terapeuta, no intuito de preservar a identidade e o conteúdo sigiloso dos relatos das Participantes nas sessões terapêuticas as quais foram submetidas.*

*Esperando contar com a devida colaboração antecipadamente agradeço.*

*Ms. Eciene Helena P. Dantas de Oliveira*

**Anexo 9:**

Avaliação do processo terapêutico pela Participante 2  
via e-mail em 02/06/04

“Olá!

O que eu tenho pra te contar é que as coisas continuam no mesmo parágrafo. Só que nesse ano minha carga horária na escola aumentou um pouquinho. Mas, quase não faz diferença o valor que recebo. Namorado, eu ainda não tenho, mas também não tô preocupada. Se acontecer, aconteceu.

Meu problema de coluna agora se tornou crônico (risos). Tomo remédios o tempo todo. Acho que é porque não fiz a hidroterapia recomendada, pois ainda pesa o fator financeiro.

Tô levando a vida do meu jeito: o que vier agora é lucro. Eu deixo a vida me levar.

Sobre a convivência com a minha mãe, quando percebo que vai ter algum conflito eu evito. Tem hora que eu evito até demais.

Tenho tido mais controle da minha raiva no trânsito ao dirigir.

Terminei minha especialização. Ah, eu voltei a apitar jogos com mais frequência. Agora eu não nego nenhum. Tá sendo uma reintegração com uma turma que eu sempre gostei. É o ambiente que eu gosto, né. Levei até o grupo de arbitragem da seleção pra conhecer a chácara da minha amiga. Tenho saído mais.

Sobre meu relacionamento com minha irmã, pra mim continua do mesmo jeito, ela tem vindo mais aqui em casa. Eu trato bem, mas eu não mudei o pensamento sobre ela não. Mas a terapia valeu, sabe porquê? Eu aceito mais as coisas acontecendo comigo. Não tô mais tão impaciente. Continuo ansiosa, mas menos impaciente.

Um abraço.

Tchau”.