

Universidade Católica de Goiás
Departamento de Psicologia
Mestrado em Psicologia

O Processo Psicoterapêutico dentro do Behaviorismo

Um Estudo Descritivo e Exploratório

Autora: Gina Nolêto Bueno

Dissertação apresentada ao Curso
De Mestrado – Departamento de
Psicologia, como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia
Janeiro/2002

Esta Dissertação de Mestrado foi aprovada pela seguinte banca examinadora:

Profª Drª Ilma A. Goulart de Souza Britto
Presidente da Banca
Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Ângela Maria Menezes Duarte
Membro Efetivo da Banca
Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Maria Helena Villas Boas Concone
Membro Efetivo da Banca
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Membro Suplente da Banca
Universidade Católica de Goiás

Todo o comportamento, seja ele humano ou não-humano, é inconsciente;
ele se torna “consciente” quando os ambientes verbais fornecem
as contingências necessárias à auto-observação. (Skinner, 1991, p. 88)

A Deus Pai, que confiou-me o direito de viver.

Aos meus filhos amados, Bruno e Lohanna, fonte de luz, inspiração e fé, que sempre brindaram-me com seu amor e compreensão - motivo maior de minha existência.

Aos meus pais, Zezé e Dorival, que em todos os momentos são pura presença, amor e apoio em minha vida.

Aos meus irmãos, irmãs, cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas, esteio firme nesta minha jornada.

À minha vida, que sabe que esta vitória também é sua.

Agradecimentos

À Profª Drª Ilma A. Goulart de Souza Britto, por quem agradeço a Deus, em todos os momentos, sua existência. Como professora de psicologia, supervisora de graduação, orientadora do mestrado, colega de profissão, é o mais digno, fiel, íntegro, capaz e completo modelo a ser seguido. Felizes aqueles que podem compartilhar de sua sabedoria. Como mãe, amiga e companheira, é a ponte que se faz necessária para ligar o nada a algum lugar: possibilitando o tudo.

À Profª Drª Ângela Maria Menezes Duarte, profissional irretocável, destemida, ensina seu saber, sem temer a futura concorrência. Companheira fiel, que muito contribuiu com este estudo, através de sugestões imprescindíveis.

À Profª Drª Maria Helena Villas Boas Concone, por honrar-me com sua presença e contribuição científica.

Ao Prof. Dr. Luc Vandenberghe pela disponibilidade e crença no desenvolvimento da ciência através daqueles que amam o saber.

À Profª Milsse, meus agradecimentos por ter entrando em minha vida acadêmica num momento tão imprescindível, contribuindo com a minha decisão de trilhar o caminho da Terapia Comportamental e Cognitiva.

Ao corpo docente do Mestrado, composto por profissionais qualificados que, juntos, possibilitaram-me a aprendizagem necessária a realizar esta pesquisa.

Aos colegas de turma do Mestrado: Paula Virgínia, Cida Menezes, Simone, Kelly, Ingrid, Givani, pela companhia, reforço e amizade. Em especial ao colega Luiz Ládgero Pires, companheiro que em todos os momentos partilhou o seu saber e seu apoio, torcendo sempre por meu sucesso.

Ao colega, Amando de Souza Britto, que proporcionou-me o crescimento profissional na teoria e na prática.

Aos amigos, Maria Lúcia, Ivana Régia, Rose, Marcos, Orlando e Rogério, pela crença, apoio e presença durante toda esta jornada, estimulando-me a seguir, ajudando-me na solução dos eventos aversivos.

Aos participantes desta pesquisa, Lud, Amábily, Pérola e Cristal, sem os quais não disporíamos deste resultado.

A todos os Anjos, personificados, que Deus colocou em meu caminho, especialmente nesta jornada, minha eterna gratidão.

Sumário

Epígrafe.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Sumário.....	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Introdução.....	1
1. Processo Psicoterapêutico.....	1
2. Behaviorismo e o Processo Psicoterapêutico.....	6
3. Processo Psicoterapêutico: Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva.....	13
3.1. Tratando a Ansiedade Generalizada.....	24
3.2. Pânico.....	26
3.3. Depressão.....	26
3.4. Suicídio.....	28
3.5. Fobia Social.....	30
4. Escrita Terapêutica – Foco desta pesquisa.....	30
5. Outras Técnicas Comportamentais.....	42
5.1. Treino Respiratório.....	42
5.2. A.C.A.L.M.E.-S.E.....	44
5.3. Relaxamento.....	45
5.4. Reestruturação Cognitiva.....	45

5.5. Ensaio Comportamental.....	46
5.6. Dessensibilização Sistemática.....	47
6. Metodologia Aplicada.....	49
7. As dificuldades entre Ciência Básica e Aplicada.....	51
8. Justificativa do presente trabalho.....	52
Método.....	54
Participantes.....	54
Ambiente e Materiais.....	57
Procedimento.....	63
Delineamento Experimental.....	63
Linha de Base.....	65
Intervenção.....	72
Avaliação.....	85
Follow up.....	86
Resultados e Discussão	88
Participante 1 – Lud.....	89
Participante 2 – Amábily.....	110
Participante 3 – Pérola.....	131
Participante 4 – Cristal.....	151
Discussão Geral.....	172
Sugestões para futuros estudos.....	182
Referências.....	184
Apêndices.....	188

Lista de Figuras

Fig. 1 – Um diagrama esquemático do modelo cognitivo da depressão.....	19
Fig. 2 – Avaliação da Evolução do Grau de Ansiedade do Participante 1.....	101
Fig. 3 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 1.....	103
Fig. 4 – Avaliação da Evolução do Grau de Ansiedade do Participante 2.....	121
Fig. 5 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 2.....	123
Fig. 6 – Avaliação da Evolução do Grau de Ansiedade do Participante 3.....	141
Fig. 7 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 3.....	144
Fig. 8 – Avaliação da Evolução do Grau de Ansiedade do Participante 4.....	163
Fig. 9 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 4.....	165

Lista de Tabelas

Tabela I – Esquema do Delineamento Experimental da Pesquisa.....	64
Tabela II – Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 1.....	89
Tabela III – Pressão Arterial do Participante 1.....	91
Tabela IV – Pontos Negativos ou Fracos do Participante.....	95
Tabela V – Pontos Positivos ou Fortes do Participante.....	95
Tabela VI – Resultado IDATE do Participante.....	97
Tabela VII – Eventos Ansiogênicos Participante.....	99
Tabela VIII – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do Participante 1.....	100
Tabela IX – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 1.....	103
Tabela X– Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 2.....	110
Tabela XI –Pontos Negativos ou Fracos do Participante 2	112
Tabela XII – Pontos Positivos ou Fortes do Participante 2.....	113
Tabela XIII – Resultado IDATE do Participante 2.....	117
Tabela XIV – Eventos Ansiogênicos Participante 2.....	118
Tabela XV – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do Participante 2.....	120
Tabela XVI – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 2.....	123
Tabela XVII– Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 3..	131
Tabela XVIII –Pontos Negativos ou Fracos do Participante 3.....	133
Tabela XIX – Pontos Positivos ou Fortes do Participante 3.....	134
Tabela XX – Resultado IDATE do Participante 3.....	136
Tabela XXI – Eventos Ansiogênicos Participante.....	137
Tabela XXII – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do Participante 3....	140
Tabela XXIII – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 3.....	143

Tabela XXIV-Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 4..	151
Tabela XXV –Pontos Negativos ou Fracos do Participante 4.....	153
Tabela XXVI – Pontos Positivos ou Fortes do Participante 4.....	153
Tabela XXVII – Resultado IDATE do Participante 4.....	156
Tabela XXVIII – Eventos Ansiogênicos Participante.....	159
Tabela XXIX – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do Participante 4 .	162
Tabela XXX – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 4.....	165

Lista de Apêndices

Apêndice A – Diários de Registros Pontos Fracos e Fortes

Apêndice B – Diário dos Comportamentos Repetitivos

Apêndice C – Diário dos Registros das Principais Preocupações

Apêndice D – Diários Exercícios do Agir (Pensar, Sentir e Agir) – Grupo I de Participantes

Apêndice E – Diários Exercícios do Agir (Pensar, Sentir e Agir) - Grupo II de Participantes

Apêndice F – Diário Exercício do Pensamento

Apêndice G - Diário do Controle da Pressão Arterial

Apêndice H – Questionário de História Vital de Lazarus

Apêndice I – Questionário de Auto-Avaliação IDATE – Pares I, II e III

Apêndice J – Autorização do Cliente para Procedimento

Resumo

A ansiedade é uma emoção básica vivida pelo ser humano. Quando negativa retira deste o controle de suas emoções, mais que isto, torna-se fomentadora de repertórios de comportamentos disfuncionalizados, consequenciadores de novos elos numa cadeia causal, impondo uma nova ordem ao organismo, que se comporta diante das contingências aversivas e, inclusive, dos mais diversos tipos de defeitos da didática humana, ou seja, transtornos emocionais. De forma privada, suas conseqüências estão diretamente ligadas às respostas fisiológicas, que são aversivas e desconfortáveis. De forma pública, as conseqüências podem ser observadas através da sintomatologia dos diversos transtornos por ela consequenciados. Inúmeros trabalhos publicados apresentam programas de tratamento e controle da ansiedade negativa. A grande maioria deles busca a acessibilidade dos eventos privados e até encobertos, para o controle efetivo das contingências aversivas e mantenedoras, como é o caso especialmente daqueles que utilizam instrumentos da terapia comportamental e cognitiva. Todos eles enfrentam grande dificuldade: lidar com a subjetividade desta emoção. Foi possível estudar empiricamente a privacidade dos eventos ansiogênicos, não apenas suas conseqüências públicas, através do repertório verbal – emocional, vocal e textual. Desta forma, este trabalho foi inovador quando propôs estudar a relação entre pesquisa e prática clínica. Avaliou, ainda, a eficácia e a eficiência da Escrita Terapêutica somada a outras técnicas de controle de respostas ansiogênicas na funcionalização dos comportamentos desadaptados, mantidos por um quadro de ansiedade intenso, ocasionado pelos Transtornos de Ansiedade. Tendo por foco as Cartas Não-Enviadas como meio de funcionalização de eventos encobertos e comportamentos disfuncionalizados. Secundariamente focalizou-se nos diários de registros, como instrumentos imprescindíveis para a aquisição do autocontrole, discriminação e definição de novos e assertivos repertórios de comportamentos públicos e privados. O controle experimental foi obtido através do Delineamento Intraparticipantes com Contrabalanceamento, sendo dois grupos de sujeitos, com dois participantes cada, encaminhados pela psiquiatria, ingênuos quanto ao processo psicoterapêutico e em tratamento farmacológico. Este estudo explorou quatro condições experimentais: Linha de Base; Intervenção, quando foram usados quatro grupos de técnicas da terapia comportamental e cognitiva; Avaliação e Follow up. O IDATE foi usado na Linha de Base, Avaliação e Follow up. Os resultados mostraram uma diferença considerável entre a ansiedade na Linha de Base e no Follow up, apresentando a efetividade da Escrita Terapêutica, bem como de outras técnicas utilizadas, sendo aqui apresentados individualmente por participantes, em forma de frequência e percentual. Também foram apresentadas sugestões para futuros estudos.

Palavras-chaves: processo psicoterapêutico, terapia comportamental e cognitiva, técnicas psicoterápicas, transtornos de ansiedade e efetividade da escrita terapêutica.

Abstract

Anxiety is a basic emotion experienced by the human. When negative it removes of the person the control of his emotion, and more than that, promoter behavioral disfunctions that causes new harmful contingencies of the most several types of defects of the human didacticism, in other words, emotional disturbance. In a private way, its consequences are directly connected to physiologic responses that are harmful and uncomfortable. In a public way, the consequences can be observed through the symptoms of the several disturbances caused by anxiety. Many published works present treatment programs and control of negative anxiety. The great majority search the accessibility of the private events and the hidden events for the effective control of the harmful contingencies as it is the case specially of those that use instruments of the behavioral and cognitive therapy. All of them face great difficulties: to lead with the subjectivity of the emotion. It was possible to study empirically the privacy of the events that cause anxiety, not only in public consequences, through the spoken repertory: emotional, voicer and textual. In this way, this work is innovative when its purpose was to study the relation between the research and clinical en applied. It still evaluates the effectiveness and efficiency of the therapeutic writing, that added to other techniques of control of responses to anxiety, in the functioning of disconnected behaviors, maintained by an intense anxiety picture, cause by anxiety disturbances. Haring for focus the No-Sent Letters as a way of functioning concealed and dysfunctional behaviors. Secondly it is focalized in the diaries of registration, as indispensable instruments for the acquisition of self-control, discrimination an definition of new and assertive repertories of public and private behaviors. The experimental control was obtained through Within-Subject Counter Balanced Design with two groups, with two participants each, directed by the psychiatry, naïve with the psychotherapeutic process and in pharmacological treatment. This study explored four experimental conditions: Base Line; Intervention, when were used four groups of techniques of Behavioral and Cognitive Therapy; Evaluation and Follow up. IDATE was used in the Base Line, Evaluation and Follow up. The results showed as considerable difference between anxiety in the Base Line and in the Follow up presenting the effectiveness of the Therapeutic Writing as well as other techniques used, presented individually for participants, in a percentile and in a frequency form. Suggestions were also presented for futures studies.

Key-words: psychotherapeutic process, behavioral and cognitive therapy, psychotherapeutics techniques, anxiety disturbances and effectiveness of the therapeutic writing.

Introdução

1. Processo Psicoterapêutico

Desde o surgimento dos serviços psicológicos, há mais de um século, as respostas emocionais, ou o comportamento emocional, têm se mantido como a ênfase primária de todas as formas de psicoterapia. E, por isso, a psicoterapia sofreu inúmeras críticas, tendo recebido, inclusive, a alcunha de fazer a “cura pela fala”. Na realidade, o “falar” não é a sua característica básica, mas sim a “fala evocada”, geradora do alívio da “descarga” emocional, de qualquer que tenha sido o trauma (Mahoney, 1998). Ainda que cada abordagem psicológica trabalhe uma linha específica, a todas elas fica explícita a importância central das reações emocionais como a fonte primária de sua ênfase. Inúmeros estudos têm mostrado que o sofrimento da angústia emocional, e sua inerente desorganização no funcionamento cotidiano, está entre as razões mais comuns para a procura da psicoterapia (Mahoney, 1998).

Independente da abordagem teórica sabe-se que o Processo Psicoterapêutico se destaca pelo seu papel de ensinar, de criar condições que permitam ao cliente aprender a observar, a descrever e a controlar seu próprio comportamento.

Desse modo, cabe ao psicoterapeuta construir uma proposta, um programa de trabalho que auxilie o cliente a resolver os problemas para os quais busca ajuda e, na medida do possível, analisar as condições para que o cliente verifique o que faz e as conseqüências desse fazer em relação as variáveis presentes em seu contexto social.

Skinner (1991, p.112) afirma que a “Terapia Comportamental promove a saúde comportamental no sentido que ajuda a pessoa a se comportar bem” isto é, a Terapia Comportamental se destaca pelo seu papel de reeducar, de ensinar novos repertórios

comportamentais. Neste sentido, o psicoterapeuta comportamental utiliza-se de um conjunto de conhecimentos advindos da pesquisa científica, validada pelo acúmulo de evidências empíricas.

Recorrendo a história da Terapia Comportamental, observa-se que várias escolas foram surgindo dentro desta abordagem: a *Terapia Multimodal do Comportamento* de Lazarus, nominada por ele de “ecletismo técnico”, talvez o maior representante do enfoque tecnológico na prática clínica; a *Terapia Comportamental Clássica*, baseada em princípios do condicionamento pavloviano, tendo em Wolpe um de seus maiores representantes; a *Modificação de Comportamento*, fundamentada em princípios Skinnerianos; a *Terapia Cognitiva* proposta por A. T. Beck, cujos princípios fundamentais visam identificar e modificar os pensamentos disfuncionais e, também, outras abordagens cujos pressupostos advêm do Behaviorismo Radical; a *Psicoterapia Analítico Funcional*, que tem em Kohlemberg seu representante.

Não é nosso objetivo, no presente trabalho, exaurir o quadro teórico que hoje se apresenta, mas tão somente focalizarmos o Processo Psicoterapêutico como ferramenta de que dispõe o clínico em suas intervenções na prática clínica.

Todas as formas de psicoterapia envolvem rituais: de rememoração ancestral, transição social (iniciação, despedida, boas-vindas), autoconhecimento, purificação, gratidão e proteção (Hope, *apud* Mahoney, 1988). No processo terapêutico, esses rituais se sacramentalizam através da aplicação das técnicas psicoterapêuticas.

Na visão de diferentes investigadores, as técnicas não são um subconjunto especial de habilidades isoladas ou movimentos mecânicos, mas sim a prática e a performance de uma arte. (Riggs e Foa, 1999). Kuhn (1977) sempre afirmou que o conhecimento pela descrição necessita do amparo do conhecimento por meio da prática. Em contrapartida, Mahoney (1998) alerta para o perigo de se depositar mais crédito às técnicas do que elas mereçam. Na

verdade, as técnicas são métodos ritualizados de comunicação e relação humana, só gerando resultado quando integradas ao programa psicoterapêutico, ou seja, terapeuta, cliente e o comportamento emocional a ser funcionalizado. Jamais um programa psicoterapêutico – no qual as técnicas são inseridas - deve ser engessado ao transtorno, vez que cada transtorno se transforma em um transtorno único, por se somar a uma história única, chamada indivíduo, pessoa. Sua eficácia está em discriminar, observar e explorar a permanente narrativa de uma vida em processo, definido pela ampla literatura de continarração.

A solução de problemas, através da avaliação e intervenção, tendo as técnicas como instrumentos na promoção de mudanças, tem sido a premissa básica da intervenção terapêutica dentro da matriz conceitual do foro behaviorista.

Rangé, (1997), afirma que o Processo Psicoterapêutico maximiza os resultados, uma vez que as técnicas terapêuticas identificam, testam e corrigem concepções errôneas. Rangé (1997), destaca, também que as técnicas ensinam o paciente a observar-se e controlar seus pensamentos automáticos, buscando as evidências favoráveis e contra os mesmos e, conseqüentemente, substituindo as cognições automáticas tendenciosas.

Antonuccio, Danton e DeNelsky (1995), ao realizarem um amplo trabalho de revisão da literatura sobre a eficácia dos tratamentos psicológicos e farmacológicos, concluíram pela superioridade da psicoterapia no tratamento da depressão e outros transtornos. Ao apontarem a eficácia, esses autores destacam, também, o resultado superior, a longo prazo, da psicoterapia que da farmacologia. Prosseguem nesses estudos sugerindo que a droga pode ser considerada origem do problema a ser tratado (...) “muitas drogas médicas causam complicações psiquiátricas”.

Tourinho, Cavalcante, Brandão e Maciel (2001, p.252), salientam que “assim como a psicoterapia produz mudanças no aparato anátomo-fisiológico (além de mudanças nas relações comportamentais), de acordo com diversas pesquisas publicadas, a farmacoterapia

produziria mudanças comportamentais (além de mudanças neurofisiológicas)”. Esses autores afirmam que, “ainda que ‘redes complexas’ estejam assumindo o lugar de genes específicos na explicação de ‘perturbações’ dos organismos, a mensagem parece clara: olhar apenas para o próprio organismo humano não será suficiente para dar conta de sua singularidade e de seus problemas”. (Tourinho et all, 2001, p. 252).

Para Wielenska, (1997) a queixa que um cliente traz ao Processo Psicoterapêutico reflete basicamente o papel das contingências ambientais na modelação e na manutenção do comportamento. Assim, afirma, a autora, a qualidade de uma intervenção comportamental depende, inclusive, do conhecimento acerca dos transtornos.

De acordo com Kerbauy (1997) as terapias comportamentais evoluíram ao deixar a preocupação de encaixar problemas em teorias, partindo para um trabalho de explicação e verificação dos problemas, sem estar, necessariamente, respaldadas por teorias explicativas. Evoluíram ao centrarem nos comportamentos - observáveis ou relatados - medindo e avaliando as modificações ocorridas.

Kerbauy (1999), adverte para que o psicoterapeuta não tenha receio em investir nos desafios do Processo Psicoterapêutico, expressando sua maneira de ver e fazer as coisas, ou seja, fazendo sempre o seu melhor, ensaiando as situações.

Banaco (1999) afirma que a principal diferença entre o Processo Psicoterapêutico e o modelo médico é que o primeiro realiza o tratamento utilizando-se o menos possível da terapêutica medicamentosa. Enquanto Brown, O’Leary e Barlow (1999), são categóricos em afirmar que “os tratamentos farmacológicos, apesar de freqüentemente testados, são surpreendentemente impotentes” para a funcionalização dos transtornos comportamentais.

Shinohara (2000), salienta que as relações terapêuticas interferem, de forma significativa, nos resultados do Processo Psicoterapêutico. Sugere, também, que mais estudos sejam realizados para apontar a melhor conduta nesta relação, com fim básico do alcance da

sistematização, especialmente pelos novos profissionais. Através, claro, de um processo de treinamento, supervisão e leituras de estudos criteriosos.

Para Guilhardi, (1997) o Processo Psicoterapêutico depende, exclusivamente, das interações dos repertórios de narrador e ouvinte, que são repertórios do cliente. Isto porque as intervenções do psicoterapeuta buscam levar o cliente à auto-observação e ao autoconhecimento, ou seja, ser capaz de descrever as contingências às quais responde e influir nelas. Guilhardi (1997) garante que o autoconhecimento acontece de forma concreta através de questões feitas pelo psicoterapeuta. Essas questões levam a pessoa a descrever seus comportamentos e os sentimentos que acompanham-na para, finalmente, relacionar esses comportamentos e sentimentos com o ambiente desta pessoa, como sugere Skinner.

O processo psicoterapêutico, que é um processo de reeducação, busca desenvolver nos clientes o perceber, o discriminar para os eventos dos quais eles fazem parte, direta ou indiretamente. Como relatado, de forma ampla pela literatura, são dois os tipos de eventos: públicos e privados ou encobertos. A pesquisa tem apresentado resultados mostrando que a percepção, a discriminação para os eventos internos, quiçá os encobertos, são um processo complexo da aprendizagem. Muitos trabalhos apontam as melhores formas encontradas para a sua eficácia. Malerbi (1999), salienta que “pesquisadores na área de psicofisiologia têm desenvolvido procedimentos, há pelo menos três décadas, que se mostraram eficazes para ensinar as pessoas a discriminarem seus próprios eventos internos”, (...) “procedimentos de discriminação operante que fornecem reforçamento diferencial para o responder apropriado ao evento que ocorre no interior do sujeito (evento privado)”. (Malerbi, 1999, p. 246).

O Processo Psicoterapêutico dentro do Behaviorismo tem uma grande força; força essa edificada da tradição científica da qual ele surgiu, já que esta tradição tem como meta principal estudar os princípios da aprendizagem através de uma metodologia de investigação empírica, heurística e parcimoniosa (Britto, 2001)

2. Behaviorismo e o Processo Psicoterapêutico

Com a finalidade de analisar o comportamento como objeto de estudo, o Behaviorismo surge no início do Século XX, contrapondo-se às posições de que a Psicologia deveria estudar a mente ou a consciência do homem. Sua formulação básica é a de que “é possível uma ciência do comportamento” (Baum, 1999). Para muitos behavioristas esta ciência deve ser a Psicologia.

Behaviorismo é um conjunto de idéias. É a filosofia de uma ciência chamada Análise do Comportamento. Sua premissa básica é o determinismo.

O Behaviorismo surgiu opondo-se ao Mentalismo e ao Introspeccionismo. John Watson, fundador do Behaviorismo, afirmava que todo comportamento é aprendido e suas causas devem ser buscadas nos antecedentes imediatos. Na realidade, o Behaviorismo surgiu impregnado pela filosofia e seguiu-se pelos caminhos da metodologia.

Em 1913, Watson divulgou uma espécie de manifesto, através da publicação do artigo “*Psychology as the Behaviorist Views it*” (apud Baum, 1999) - em português, ‘O manifesto Behaviorista’ - através do qual defendeu que a Psicologia deveria ser definida como a ciência do comportamento. Por tal caminho, a Psicologia, definida como ciência natural do comportamento, não usaria qualquer dos termos tradicionais referentes à mente, consciência, evitando a subjetividade da introspecção e as analogias entre o animal e o humano. O objeto da Psicologia seria o comportamento objetivamente observável (Skinner, 1993). Com esse manifesto, o fundador do Behaviorismo propunha o estudo do comportamento, sem dar atenção a fenômenos tais como consciência, sentimentos ou estados mentais. Esta versão recebeu o nome de Behaviorismo Metodológico. O Behaviorismo Metodológico baseava-se no realismo: toda experiência é causada por um mundo objetivo, real, separado do mundo subjetivo e interno. O Behaviorismo Metodológico distinguia mundo objetivo de mundo subjetivo.

Para Watson (*apud* Baum, 1999) no determinismo o comportamento é ordenado, podendo ser explicado, podendo ser previsto, desde que se tenham os dados necessários, e podendo ser controlado desde que se tenham os meios necessários.

A proposta de Watson (*apud* Baum, 1999) nada mais é que estudar o comportamento por si mesmo, opondo-se ao Mentalismo e ignorando fenômenos como a consciência, sentimentos e estados mentais, considerando o comportamento do animal mais apropriado para ser estudado em laboratório que o humano; com um determinismo materialístico; com procedimentos objetivos na coleta de dados; com experimentação controlada e realizando testes de hipóteses com grupos de controle. Para este teórico, o comportamento é produto da instigação do **estímulo** - palavra criada por um de seus maiores influenciadores: Pavlov e mantida por seus sucessores.

'O manifesto Behaviorista', como todo caminhar da ciência, promoveu muitas discussões e, claro, o progresso, o desenvolvimento de novos trabalhos, fomentando o nascimento de uma nova geração do Behaviorismo: Behaviorismo Radical, tendo como principal idealizador, B. F. Skinner.

Compreender, cientificamente, o comportamento humano foi um dos grandes projetos de Skinner. De início Skinner manteve-se fiel a certas concepções de Watson, porém, o superou em muitos pontos de vistas, se autodenomina de *Behaviorista Radical*. Para Skinner a Psicologia, se quiser ser uma ciência, deve tomar como objeto os fenômenos observáveis através dos métodos habituais das ciências da natureza, isto é, deve buscar objetivamente as variáveis das quais os comportamentos são função.

Com isso não significa dizer que Skinner nega, de algum modo, os fenômenos interiores. Ao contrário. Isto se deve a uma confusão sobre sua postura metodológica.

Para Skinner os fenômenos interiores, que se passam debaixo da pele do homem, não possuem um estatuto fundamentalmente diferente dos comportamentos públicos observáveis.

O problema da Psicologia é trazê-los para análise, tratá-los como comportamentos e não como fontes abstratas e não comprovadas dos comportamentos. Skinner não nega os eventos mentais, porém, não os evoca como explicação, tampouco como causa das ações humanas.

Skinner fazia questão de frisar que os cognitivistas se esqueciam de que a ‘linguagem’ é produto de comportamento verbal e a ‘solução de problemas’, produto de contingências alternativas; e mais, ‘lembrar’ é produto de manipulações de estímulos discriminativos.

Para Skinner pensar, sentir, perceber, memorizar, falar, conhecer, entre outros, são fenômenos, que podem ser analisados dentro de uma ciência do comportamento. Negando a existência da mente e assemelhados, aceita estudar eventos internos, ainda que reconhecendo a dificuldade de seus acessos. Isto porque não separa mundo interno de externo. Para Skinner comportamentos não são movimentos do corpo, mas sim interações organismo-ambiente. Lembrando que ambiente é tudo aquilo que é externo ao comportamento, uma vez que para este autor não existe comportamento sem as circunstâncias em que ele ocorre, assim como o seu contrário. Como o Behaviorismo Radical é funcionalista, o comportamento é função de uma determinada interação entre o organismo e o meio ambiente. É contextualista, pois contextualiza o comportamento de forma prática. É antimentalista, pois vê o comportamento como ciência natural. Assim disse o autor:

“... por comportamento então, eu me refiro simplesmente ao movimento de um organismo, ou de suas partes, num quadro de referência fornecido pelo organismo ele próprio, ou por vários objetos ou campos de força externos. É freqüentemente desejável lidar com um efeito mais do que com o movimento em si mesmo...”

(Skinner, 1938, p.6)

Para o Behaviorismo Radical, ‘ambiente’ é o conjunto de condições ou circunstâncias que afetam o comportar-se, não se importando se estas condições estão dentro ou fora da

pele. Skinner esclarece que a pele não é tão importante como limite, uma vez que tais eventos estariam submetidos aos mesmos princípios e leis dos fenômenos naturais. Segundo esse autor, o ambiente é externo à ação, não ao organismo.

A palavra mais antiga para explicar o comportamento, segundo Skinner, (1991) é “*Fazer*”. Pela própria literatura, no *Oxford English Dictionary*, em 1928, fazer sempre enfatiza as conseqüências, ou seja, o efeito que alguém provoca sobre o mundo. A Análise Experimental tem, ao longo dos anos, demonstrado que o comportamento, palavra recente para designar o fazer, pode ser modelado e mantido pelas conseqüências. Skinner, (1972) afirmou ser importante considerar que o ambiente produz trocas com o organismo, não só antes, mas ainda depois da resposta deste.

De acordo com Skinner (1972) a pessoa atua sobre o ambiente para produzir conseqüências – a própria definição do comportamento operante – e estas podem ser estudadas através da criação de ambientes nos quais determinadas conseqüências específicas são condicionadas pelo comportamento. Assim, tais contingências vão se tornando cada vez mais complexas e, progressivamente, vão assumindo as funções explicativas, anteriormente, atribuídas a sentimentos, personalidade, estado da mente, etc. Como é natural, à medida que o terapeuta compreende a interação entre a pessoa e o ambiente, os efeitos antes atribuídos a estados mentais, sentimentos e personalidade, começam a ser vinculados a condições acessíveis e exeqüíveis dentro de uma ciência do comportamento.

Durante o percurso de vários séculos o comportamento humano foi se tornando progressivamente mais complexo à medida que passou a ser controlado por ambientes mais complexos.

Avaliando toda a história do Behaviorismo Radical, Maria Amélia Matos diz:

“É exatamente por isso que se tem dito, meio ironicamente, que a prática do psicólogo operante se restringe à análise do operante, isto é, de relações “se...então...”. De fato, se “comportamento” é uma categoria funcional de análise, se é um termo teórico, uma concepção do behaviorista radical, “contingência” é a operação empírica equivalente usada pelo analista de comportamento. Acontece que, sendo o organismo o local, o ponto de confluência desses movimentos – e – efeitos, ele também é parte das contingências, e, assim, na verdade (se assumirmos o que tem sido dito acerca de nós), seria melhor completarmos, “a prática do analista de comportamento é estudar contingências em seu efeito cumulativo sobre o desempenho dos organismos”. (Matos, 1999, p. 52)

Desta forma, ao estudar os comportamentos encobertos, utiliza-se dos mesmos recursos para observação de comportamentos manifestos ou públicos. Analisar as verbalizações e as condições (antecedentes e conseqüentes) em que ocorreram é uma maneira de começar a estudar os eventos privados, ou seja, os comportamentos encobertos. E o estudo de eventos privados é uma tarefa considerada requisito essencial para se entender o comportamento humano, segundo os behavioristas radicais. Esse exercício se dá na interpretação de dados oriundos da investigação sistemática do comportamento, ou seja, a Análise Experimental do Comportamento. O seu objetivo não são as explicações causa-efeito, mas sim as relações funcionais em que se dão.

O Behaviorismo é um campo fértil em plena expansão, com acúmulos de evidências empíricas e, ainda, dando margens a novos desdobramentos em seu próprio interior, como por exemplo, o Behaviorismo Psicológico, proposto por Staats.

Staats (1963, 1996), ao longo de quatro décadas, vem elaborando uma doutrina unificadora dentro do behaviorismo. Staats e Staats (1973) escreveram uma obra sobre o comportamento humano complexo, com repercussões nos níveis teórico e prático.

Staats (1996) afirmou que para unificar os conhecimentos da Psicologia em um paradigma é necessário modificar as características centrais de certos conceitos, até então em voga, em outras modalidades do behaviorismo.

No crescente estudo de variáveis controladoras do comportamento, Staats, na década de 70, propunha a nomenclatura Behaviorismo Social, que em 81 passou a ser Behaviorismo Paradigmático, talvez em referência à obra de Kuhn sobre a Estrutura das Revoluções Científicas. A partir de 1996 passou a chamar-se Behaviorismo Psicológico (Britto, 2000).

Mantém na base de sua proposta os princípios do condicionamento clássico e operante, porém, reelaborados ao nível humano. Por exemplo: Skinner define o estímulo reforçador pelos seus efeitos no fortalecimento do comportamento. Staats (1996) sustenta que esta definição é circular, porque o estímulo reforçador não tem uma definição independente de seu efeito. O Behaviorismo Psicológico define o estímulo reforçador quando este provoca uma resposta emocional e esclarece: são os estímulos que provocam uma resposta emocional positiva que fortalece os operantes que se seguem, e servirão, desse modo, como reforçadores positivos. Similarmente o mesmo processo ocorre no reforçamento negativo.

Staats (1996) afirma: “os reforçadores se definem de uma maneira independente de seu efeito sobre o comportamento” (Staats, 1996, p.41).

Para o Behaviorismo Psicológico o conceito de “*basic behavioral repertoire – BBR*” (Staats, 1996), equivale ao conceito de personalidade, ocupando um lugar central na explicação do comportamento humano complexo. Assim, Staats (1996), afirma que os repertórios comportamentais básicos - ou seja, a personalidade - possuem status psicológico

no sentido que são classes de respostas funcionalmente edificadas e condicionadas na história de vida da pessoa.

Existem outras propostas: as respostas emocionais dos indivíduos, ante aos estímulos sociais, são aprendidas mediante condicionamento clássico. Desta forma, para Staats (1996) a linguagem não é só comportamento verbal: “as palavras podem provocar emoções”, destacando o poder que tem a linguagem para eliciar respostas emocionais. Por exemplo, se um estímulo elicia uma resposta emocional positiva tenderá a provocar comportamentos de aproximação; e qualquer estímulo que elicie resposta emocional negativa tenderá a provocar comportamentos de fuga ou esquiva. Desse modo, propõe Staats (1996) se podemos mudar a resposta emocional ante um estímulo, poderemos mudar, também, seu comportamento público – instrumental ou operante – ante tal estímulo. Prosseguindo em suas análises, Staats (1996) sugere que o comportamento também pode modificar-se se modificarmos as respostas emocionais, o que nos sugere diferentes estratégias.

Staats (1996) busca construir a base de sua proposta no condicionamento inato e operante. Mais do que isso: busca inter-relacioná-los. Contudo, encontramos em sua postura diferenças temáticas e metodológicas em relação à proposta de Skinner.

Uma das tarefas do Behaviorismo Psicológico é construir uma teoria geral do comportamento humano. Neste sentido, opina Staats (1996), tal teoria deverá envolver conceitos que dêem base para medir e observar sistematicamente o comportamento humano complexo tal como ocorre de maneira natural e não só com respostas simples provocadas experimentalmente.

Nesta teoria, Staats (1996) procura explicar a subjetividade mediante um número mínimo de princípios, sem desviar-se do método experimental e da observação, ainda que ajustando ambas as técnicas ao fenômeno do qual se pretende dar conta: o comportamento humano complexo em suas relações funcionais.

No uso de suas atribuições, o Processo Psicoterapêutico tem como tema a importância da teoria na prática clínica. De fato, necessita-se explorar cada vez mais a prática clínica e, num sentido muito mais amplo, o papel da teoria nessa prática. Com um processo psicoterapêutico estruturado, indo além da observação e avaliação, mas realizando, com o auxílio de técnicas – e há um arsenal delas – a intervenção podendo, assim, tornar acessível o ‘mundo encoberto’ dos transtornos emocionais. Nesta óptica, as terapias Comportamental e Cognitiva, aportam-se como caminho para a efetividade da reeducação comportamental, em busca da assertividade emocional/comportamental.

3. Processo Psicoterapêutico: Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva

A Terapia Comportamental ganha o mundo na década de 70, isto porque o seu movimento formal foi constituído na década de 60. Fundamentando-se em diversas posições teóricas, ao longo das várias décadas de existência, seus métodos vêm evoluindo num crescente número de técnicas e procedimentos de intervenção. Esta evolução não poderia acontecer sem ser acompanhada por inúmeras discussões e divergências quanto aos princípios teóricos e metodológicos que a caracterizam. Um dos pontos mais marcantes para essas discussões e divergências, prima pela terminologia empregada: *Modificação do Comportamento e Terapia Comportamental* - mais comumente usada.

A terminologia Modificação do Comportamento foi sempre utilizada pelos teóricos que estudaram o paradigma do condicionamento operante. Enquanto Terapia Comportamental foi uma das expressões predominantes entre os estudiosos do condicionamento respondente.

Empregada de forma distinta, a Modificação do Comportamento, foi usada para identificar procedimentos realizados em situações grupais e institucionais, enquanto Terapia

Comportamental foi usada, principalmente, em contexto clínico tradicional com intervenção em pacientes externos e individuais.

Como a própria história da Terapia Comportamental, a distinção entre suas expressões, também gerou discussões e nunca foi bem aceita, quando a maioria dos autores as utiliza de forma sinonímica.

Mas é a atualidade que gera a tendência à expressão **Terapia Comportamental**.

Foram as pesquisas e os avanços na elaboração de teorias da Física, que impulsionaram uma maior compreensão da matéria física, assim como a evolução das pesquisas em Biologia, que tornaram possível a evolução na compreensão da etiologia de determinadas doenças orgânicas, bem como os procedimentos para o seu tratamento. Mas foi a proposição de Darwin e seus conceitos de adaptação dos organismos a seu ambiente e a continuidade das espécies, as bases para a constituição da Psicologia, com o subsequente processo de desenvolvimento da Terapia Comportamental.

De acordo com Franks (1996), a Terapia Comportamental tem muitas origens e nenhum fundador ou ponto de partida único. Nenhum país ou escola de pensamento pode reivindicar a exclusividade no campo da TC e nenhuma técnica tampouco poderá fazê-lo.

O marco comum a todos os que se autodenominam ‘terapeutas comportamentais’ é um compromisso com a avaliação, a intervenção bem como com os conceitos que se apoiam nos procedimentos da teoria da aprendizagem dentro da metodologia do condicionamento.

A Terapia Comportamental tem como pedras angulares, Pavlov com o condicionamento clássico, Watson com o comportamentalismo, Thorndike com a aprendizagem e Skinner com o condicionamento operante. Os fundamentos conceituais que sustentam a TC tornaram-se aceitos no final dos anos 60, quando começou a estabelecer-se como método de tratamento. A investigação sempre prevaleceu à ideologia, uma perspectiva que caracterizou não só os anos de formação da TC, como também os que os seguiram.

O Termo Terapia Comportamental foi introduzido por diferentes grupos de pesquisadores. No ano de 1953, Lindsley, Skinner e Solomon referiram-se ao emprego de condicionamento operante em pacientes psicóticos hospitalizados com o termo ‘Terapia Comportamental’.

Em 1959, Eysenck utilizou este termo, pela primeira vez, de forma impressa, referindo-se a um novo enfoque da terapia, definindo a TC como a aplicação das ‘modernas teorias de aprendizagem’, no tratamento de distúrbios psicológicos.

O patenteamento do termo Terapia Comportamental aconteceu em 1958, na África do Sul, por iniciativa de Arnold Lazarus, referindo-se ao fato de acrescentar procedimentos objetivos de laboratório à psicoterapia tradicional (Franks, 1996). Para ele a TC era tão somente parte de uma totalidade multimodal que podia incluir procedimentos oriundos de qualquer fonte, sempre que houvesse evidência experimental de sua utilidade. Estratégia esta conhecida como ecletismo técnico.

Franks, (1996), afirma que a TC contemporânea espelha uma combinação de procedimentos verbais e de ação, e o emprego de métodos multidimensionais. Sua atenção cada vez mais fica no paciente e no terapeuta. Esta terapia é um enfoque de solução de problemas, onde se alternam a avaliação e a intervenção, o que gera valorizações contínuas no processo. A metodologia aplicada no processo de controle dos problemas comportamentais, juntamente com as técnicas, é primordial. Destacando-se que as técnicas são ferramentas essenciais na obtenção da mudança. Entre essas técnicas há a análise funcional, o ensaio comportamental, a dessensibilização sistemática, o treinamento assertivo, o reforço por fichas, o estabelecimento de contratos, a modelagem e uma variedade de procedimentos cognitivos e de autocontrole, entre outras. O biofeedback, a medicina comportamental e a psicologia comunitária e ambiental estão, também, se convertendo progressivamente em uma parte do campo da TC.

Aos poucos os trabalhos de alguns pioneiros que desenvolveram suas investigações na prática clínica, a exemplo de Pavlov no campo da psicopatologia, com as neuroses experimentais, a tentativa de Dollard e Miller em analisar os transtornos de personalidade, em termos de psicologia da aprendizagem, desde as demonstrações do condicionamento de uma fobia infantil, por Watson e os tratamentos da enurese por Mowrer, entre outros, têm promovido um movimento de expansão da TC, com alcance em diferentes partes do globo terrestre.

Yates (1973), aponta que a insatisfação com os métodos tradicionais, o diagnóstico e o tratamento das “*enfermidades mentais*” datam do início do século passado. Ele critica o diagnóstico psiquiátrico por considerá-lo ilegítimo e alheio à problemática do comportamento humano complexo. Para ele, na medicina, o diagnóstico é útil por permitir ao médico determinar uma etiologia, um tratamento racional e um prognóstico, o que não acontece com a problemática do comportamento humano, mesmo porque, problemas de comportamento não são “doenças mentais”. Deste modo, o psicoterapeuta clínico assume uma espécie de “pseudopsiquiatria”, admitindo, em muito, as atividades do psiquiatra. Yates alerta, também, que o modelo psicológico tem significado fundamental para o tratamento de uma série de transtornos comportamentais. Garante que o trabalho do psiquiatra é o de “rotular” o paciente como isto ou aquilo, questionando de forma veemente o diagnóstico psiquiátrico. Isto porque, para Yates, (1973), os sintomas, em muitos casos, são fenômenos superficiais de dificuldades emocionais mais complexas. Desafia o psicólogo a assumir uma postura própria, e não a do modelo médico-psiquiatra. Resultado que isto só será possível com uma boa investigação e avaliação dos problemas do cliente.

A busca contínua de se encontrar a solução para os problemas da emoção humana, levou à união de diferentes classes de terapias, que focam diferentes graus de mudanças comportamentais e/ou cognitivas. O seu objetivo é tanto o de observar e intervir no

comportamento público quanto, através de técnicas, tornar acessível o comportamento privado ou encoberto, como o pensamento, a emoção, as sensações, por exemplo.

Yates, (1973), afirma que o papel fundamental e primário do psicólogo clínico é o de investigador básico da ciência, formulando hipóteses para, a partir delas, com o amparo na literatura sobre o assunto, fazer a evolução da ciência.

Yates, (1973), também defende que a Terapia do Comportamento muito tem a contribuir, muito tem a crescer, abrangendo as diversas áreas onde há a presença do comportamento, especialmente do comportamento inadequado, do comportamento indesejado, seja ele físico ou emocional. Mas, adverte o autor que o psicoterapeuta precisa aprender a caminhar além do modelo médico, precisa entrar, de forma corajosa, nos cânones da ciência e, de lá, observar, avaliar e intervir nos comportamentos inadequados ou indesejados, distante do modelo médico, mas tão somente com um modelo próprio. A sua distinção está em “*la aplicación del método experimental a la comprensión y modificación de anormalidades de comportamiento*” (Yates, 1973, p. 476). Esse autor prossegue afirmando que o papel primário de um psicólogo é de um “especialista em investigação”, para realizar a intervenção apropriada, gerando resultados adequados.

A Terapia Cognitiva, desenvolvida por Aaron T. Beck (1997), é mais recente que a TC, tendo pouco mais de quatro décadas. O seu potencial está focado na busca da melhoria satisfatória dos sintomas e dos problemas dos clientes, além de estimular outros esforços teóricos e de investigação.

Mesmo que a Terapia Cognitiva esteja, freqüentemente, associada ao tratamento da depressão, são vários os problemas a que ela se aplica. Beck (1997), sugere que a Terapia Cognitiva é efetiva com problemas como ansiedade, depressão, raiva, nas relações interpessoais, entre outros.

Sua efetividade tem sido demonstrada desde tratamento de disfunções sexuais aos transtornos da personalidade, especialmente o transtorno-limite ou de personalidade borderline e os comportamentos complexos. Isto é, a Terapia Cognitiva estendeu seus horizontes, atendendo a uma série de transtornos, distúrbios e, praticamente, a quase todas as disfunções comportamentais.

Para se chegar à natureza multidimensional da disfunção, é preciso observar as formulações cognitivas em três aspectos: as causas da disfunção, os produtos da disfunção e o tratamento da mesma.

A disfunção advém do potencial dos indivíduos para “perceberem negativamente o ambiente e os acontecimentos que os rodeiam e, através destas percepções negativas, criar neles mesmos a perturbação emocional”. (Dobson e Franche, 1996, p. 442). Avaliando os trabalhos de Beck e seus colaboradores, realizados nos anos de 1985, 1987 e 1988, os pesquisadores afirmam que “as cognições são, por si só, suficientes e necessárias para gerar problemas como a depressão” ((Dobson e Franche, 1996, p. 443)).

As atuais formulações desta teoria sugerem que as pessoas que se deprimem mantêm elementos vulneráveis - os pensamentos negativistas - pré-existent e relativamente estáveis que as direcionam à depressão. Quando as situações negativas ocorrem, os esquemas ou atitudes subjacentes são ativados e surgem os pensamentos negativistas da depressão. São esquemas aparentemente invariáveis e estáveis. Assim, o modelo cognitivo sugere que os diferentes padrões afetivos, comportamentais e emocionais da depressão, são as conseqüências naturais dos pensamentos automáticos.

Dobson e Franche, (1996), buscando tornar mais claro os efeitos da cognição negativa, apresentam o seguinte diagrama:

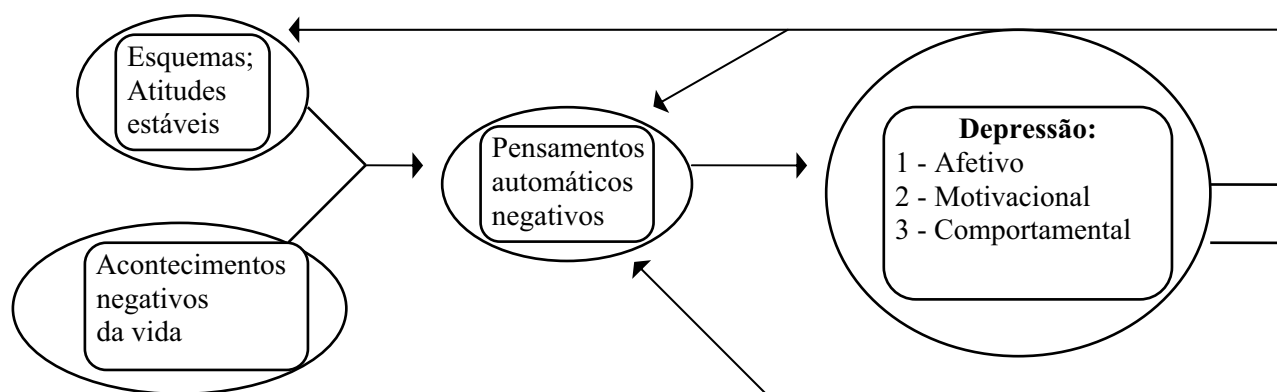


Fig. 1 – Um diagrama esquemático do modelo cognitivo da depressão.

O objetivo da Terapia Cognitiva é enfatizar a identificação e a modificação dos processos e padrões cognitivos que são disfuncionais, tendo ao seu dispor a variedade de técnicas que visam a modificação dos pensamentos disfuncionais automáticos e das distorções cognitivas. De modo geral, são as técnicas que colocam o cliente em ação, buscando sua interação maior com o seu próprio ambiente. E, como a técnica terapêutica implica no emprego psicoterapêutico de uma experiência afetiva, ela não é exclusivamente afetiva, mas necessita também de uma certa avaliação desse afeto, como uma forma de conseguir um benefício terapêutico, isto é, não é só cognitiva tampouco só racional.

A Terapia Cognitiva estabelece procedimentos sistemáticos para avaliar os esquemas, suposições e atitudes do cliente. Assim, seu objetivo, como o próprio nome diz, centra-se na cognição. O modelo cognitivo da disfunção supõe que há relações recíprocas entre o afeto, o comportamento e a cognição. Desta forma, esta terapia busca a mudança nestas três áreas. A definição de técnicas para trabalhar primeiro qualquer uma das áreas, vai depender do quadro disfuncional do cliente.

É, em função desta situação, que o terapeuta cognitivo busca fazer com que seus clientes avaliem a forma como estão percebendo o mundo na suposição de que esta forma determina suas emoções e seu comportamento. O terapeuta tem o papel, portanto, de ajudar o cliente a aprender a perceber suas cognições e como estas fazem a interação entre seus afetos

e comportamentos. O terapeuta está sempre em busca de respostas para seus questionamentos. Dentre os inúmeros, destacam-se: ‘quais são os seus pensamentos agora?’; ‘que sentimentos estes pensamentos lhe provocam?’; ‘a interação entre esses seus pensamentos com os sentimentos que eles estão lhe provocando, está determinando que tipo de comportamento em você?’.

As técnicas da Terapia Cognitiva, geralmente, levam o cliente a se auto-observar, a fazer a identificação entre o afeto, o comportamento e a cognição; a substituir pensamentos disfuncionais, por pensamentos funcionais, etc. Desta forma, os questionamentos são um dos mais preciosos instrumentos de trabalho do terapeuta cognitivo. Ressaltando-se que os clientes são, em sua maioria, pouco concretos em suas queixas principais.

A Terapia Cognitiva tem como diretriz a aplicação das técnicas através, inclusive, do emprego de perguntas ao modo socrático, com muita sensibilidade aos momentos oportunos, fazendo a provocação do feedback do paciente.

A Terapia Cognitiva é altamente questionadora, e quando necessário se utiliza de questionários como instrumentos para avaliar as cognições que os clientes têm. Em síntese, esta Terapia aplica técnicas de entrevistas, questionários e dados provenientes do auto-registro realizado pelo cliente, a fim de conseguir os objetivos da avaliação. Com este trabalho, o terapeuta obtém a história de vida do cliente.

Aaron Tim Beck é um dos precursores da Terapia Cognitiva e acredita que “os sentimentos negativos são consequência dos pensamentos automáticos negativos, ou avaliações pouco realistas dos acontecimentos, que provêm de erros cognitivos como a generalização excessiva, abstração seletiva, pensamento dicotômico absolutista, etc.” (Dobson e Franche, 1996).

O terapeuta cognitivista está sempre fazendo com que o cliente analise quais são as evidências de comprovação da realidade, com a finalidade de obter uma perspectiva mais

realista dos acontecimentos. Esta terapia segue trilhando as técnicas de reatribuição na qual o cliente explora e considera as possíveis causas de seu comportamento, analisando os fatores que estejam a eles relacionados.

A linha tênue que separa a Terapia Comportamental e Cognitiva ainda não está bem delineada. Nos meios clínicos há uma adesão dos pressupostos tanto da Terapia Comportamental, quanto da Terapia Cognitiva, uma vez que ambas se propõem a trabalhar com os comportamentos desadaptados.

A Terapia Comportamental e Cognitiva faz uso de diversas técnicas, entre elas o Treinamento Assertivo, que:

“... implica na identificação das situações-problema seguida pela modelação de respostas mais apropriadas e eficazes, por parte do terapeuta, enquanto o paciente representa a pessoa com a qual tem problemas. O treinamento do paciente nas novas respostas comportamentais implica em que o terapeuta represente o papel da pessoa com a qual o paciente tem problemas e que este pratique suas próprias respostas. Tudo isso pode ser feito para cada situação problemática, começando com a menos ameaçadora. Quando o paciente já se sente tranqüilo representando a situação, atribui-se-lhe a tarefa de comportar-se assertivamente durante os dias que se seguem à sessão. (Dobson e Franche, 1996, p.456).

Há também, a técnica do Registro Diário dos Pensamentos Disfuncionais, que ensina os clientes a registrarem seus pensamentos disfuncionais. Neste Diário, o cliente registra situações marcantes, com ênfase especial nas situações desagradáveis. Ele registra o fato e aprende, ele próprio, avaliar o grau de importância que o fato tem e que tipo de resposta deu naquela situação: assertiva ou não. Com este diário, o terapeuta pode acompanhar o dia-a-dia do cliente e, juntos, analisarem e intervirem nos pensamentos automáticos negativos,

checando a relação entre pensar e sentir. Através desta técnica é possível identificar os momentos mais problemáticos, durante o dia, para elaborar planos de enfrentamento.

Os terapeutas comportamentais e cognitivistas trabalham utilizando tanto o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, quanto o Relaxamento Autógeno de Schultz, como parte da Dessensibilização Sistemática. O Relaxamento Progressivo é o tensionar e o relaxar sucessivamente grupos específicos de músculos. Já o Autógeno é o relaxamento sugerindo sensações de calor e peso no corpo, portanto, considerado mais cognitivo do que o Relaxamento Progressivo.

Usando todo esse aporte de técnicas e metodologia, a Terapia Comportamental e Cognitiva vem conseguindo - como comprovam os inúmeros artigos e obras científicas - com sucesso, o tratamento de inúmeras patologias e transtornos, como é o caso dos Transtornos de Ansiedade. Isto porque diz Beck, “as técnicas cognitivas específicas visam prover portas de entrada na organização cognitiva do paciente”. (Beck, 1997)

Skinner, (1991, p. 18), define a ansiedade pela presença “de estados corporais diferentes gerados por estímulos aversivos e sentidos de diferentes maneiras”: fortes respostas emocionais, elas próprias aversivas, respostas do sistema nervoso autônomo, comportamentos de fuga e esquiva, bem como interferência com o comportamento operante.

Preocupações excessivas e persistentes, apreensões, medos, evitações, pensamentos ou impulsos vivenciados como intrusos e inadequados são algumas das manifestações típicas de ansiedade. Desse modo, a pessoa passa a evitar não só o estímulo aversivo, mas também a sua própria reação de ansiedade.

Sabe-se que a descrição dos transtornos mentais, desenvolvida pela Associação Americana de Psiquiatria, nos Estados Unidos, através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais –DSM, tem como objetivo facilitar a comunicação entre os clínicos

de abordagens teóricas diferentes e reunir, numa só linguagem, os critérios diagnósticos na lista oficial daquela associação.

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - IV (1995), mostra o quanto os critérios para o TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada foram profundamente revisados, com a finalidade de torná-los mais fáceis de usar e enfatizar o processo de expectativa apreensiva (preocupação).

O DSM-IV (1995), especifica que a preocupação deve ser excessiva, isto é, a duração e frequência da preocupação são desproporcionais à probabilidade ou ao impacto do evento temido e considerada pelo indivíduo como difícil de controlar. Os 18 itens de critério dos sintomas, foram reduzidos a 6:

“A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fatigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (apenas um sintoma adicional é exigido em crianças). (...) Embora os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada nem sempre sejam capazes de identificar suas preocupações como “excessivas”, eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação, têm dificuldade em controlar a preocupação, ou experimentam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. (...) Os adultos com Transtorno de Ansiedade Generalizada freqüentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores (tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atrasos a compromissos). As crianças com Transtorno de Ansiedade Generalizada tendem a exibir preocupação excessiva com sua competência ou a qualidade de seu desempenho.

(...) Muitos indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada também experimentam sintomas somáticos (por ex., mãos frias e pegajosas; boca seca; sudorese; náusea e diarreia; frequência urinária; dificuldade para engolir ou “nó na garganta”) e uma resposta de sobressalto exagerada”. (DSM - IV, 1995, pp. 412 - 413)

Entretanto, tal Manual tem sido alvo de críticas. Cavalcante e Tourinho (1998) e Tourinho, Cavalcante, Brandão e Maciel (2001) apresentam sérias restrições ao seu uso na prática clínica, defendendo procedimentos de avaliação e intervenção orientados pela análise funcional. Segundo esses teóricos, “num sistema analítico-comportamental, a explicação coincide com a própria descrição, uma vez que esta já assume a forma de especificação de uma relação funcional” (Tourinho et al, 2001, p. 249). Ainda, de acordo com seus estudos, “o tratamento, no DSM, dependerá também do sistema teórico no interior do qual a classificação adquire sentido próprio; num sistema funcional, o tratamento diz sempre respeito à manipulação de contingências, de acordo com as relações controladoras identificadas”. (Tourinho et al, 2001, p. 249)

3.1. Tratando a Ansiedade Generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é o Transtorno de Ansiedade ‘Básico’, uma vez que a ansiedade generalizada é um componente de outros transtornos de ansiedade.

Barlow (1999), defende que este transtorno seria mais bem conceituado como Transtorno da Personalidade, em função do grande número de clientes não saberem informar uma idade definida de início, mas dizerem que se apresenta por toda a sua vida.

Torna-se oportuno repetir que “os tratamentos farmacológicos, apesar de freqüentemente testados, são surpreendentemente impotentes”. (Brown, O’Leary e Barlow,

1999). Não sem motivos, Britto (2001, p. 5), ironiza: “seria muito mais fácil encontrarmos nas farmácias as soluções para o comportamento humano complexo”.

A intervenção terapêutica para o TAG tem por meta a preocupação excessiva e incontrolável e sua associada hiperexcitação persistente.

A ampla literatura sobre o TAG atesta que seus aspectos cognitivos e somáticos são tratados mais freqüentemente com a Terapia Comportamental e Cognitiva, especialmente através do relaxamento, além da técnica de exposição se mostrar, mais recentemente, como um componente terapêutico potencialmente efetivo, assim como o treino respiratório, a hiperventilação e o biofeedback. Isto é, o foco sempre sendo o manejo da ansiedade.

A automonitoria, por parte do cliente faz também parte do programa de tratamento para o TAG. A automonitoria consiste em o cliente monitorar todo o seu pensamento, seu comportamento, seus sentimentos relacionados ao nível de ansiedade.

De acordo com a literatura, fica claro que o protocolo de tratamento para o TAG leva, em média, de 12 a 15 sessões, com duração de 1 hora cada.

Este sucesso pode ser comprovado na rica literatura sobre estudos de casos clínicos.

O próprio Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica afirma:

“os principais enfoques psicoterapêuticos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada são cognitivo-comportamental. Estudos mais sofisticados, realizados com técnicas cognitivo-comportamentais, parecem ter eficácia tanto a curto quanto a longo prazo. Os enfoques cognitivos abordam diretamente as distorções hipotéticas cognitivas do paciente, e os enfoques comportamentais abordam sintomas somáticos de forma direta. As principais técnicas usadas nos enfoques comportamentais são de relaxamento e biofeedback”. (Kaplan, Sandock e Grebb, 1997, p. 58).

3.2. Pânico

É o medo aprendido de certas sensações corporais associadas com ataque de pânico e agorafobia, como uma resposta comportamental à antecipação de tais sensações, podendo evoluir para um ataque de pânico completamente caracterizado. É um súbito terror ou medo esmagador. Tem início súbito. (DSM III-R, 1987).

Muitas pesquisas têm sido feitas buscando melhor se entender as contingências do pânico. De acordo com Beck (1999), a conseqüência disparadora do pânico se dá através de um modelo, em forma de espiral aguda, conseqüenciada por interpretações errôneas e catastróficas que a pessoa faz das sensações físicas normais.

3.3. Depressão

Segundo as pesquisas, pelo menos 12% da população adulta tiveram ou terão um episódio de depressão, com severidades clínicas, que justifique o tratamento. A taxa de suicídio é considerada como um índice de prevalência no quadro depressivo, em crescente aumento.

Beck (1997), defende que o modelo cognitivo da depressão tem evoluído graças às observações sistemáticas e a testagem experimental.

Em seu modelo cognitivo da depressão, Beck (1997) postula três conceitos básicos para explicar a essência psicológica da depressão:

1 – a tríade cognitiva: a) visão negativa de si; b) visão negativa do mundo à sua volta; c) visão negativa do futuro.

2 – Esquemas e modos depressogênicos – Quando uma pessoa está deprimida, suas conceituações sobre uma situação são distorcidas para conformarem-se aos esquemas disfuncionais predominantes.

O funcionamento cognitivo, de acordo com Beck (1997), está, principalmente, baseado na ativação de esquemas que são estruturas cognitivas responsáveis pela seleção e organização das experiências de um indivíduo.

3 – Pensamentos Automáticos – responsáveis pelas distorções cognitivas: pensamentos dicotômicos, abstrações seletivas, inferência arbitrária, hipergeneralização, desqualificação do positivo, raciocínio emocional, rotulação, tirania dos deveres, entre outros.

A depressão nada mais é que a desesperança por que é tomada a pessoa e, conseqüentemente ela passa a responder ou mesmo nem apresentar resposta, segundo a sua desesperança. Assim como Beck, Yates (1998), pontua que o depressivo tem pensamentos disfuncionais, envolvendo uma visão negativa de si mesmo, do mundo e da experiência e do futuro.

Os estudos comprovam que a depressão tem prevalência maior entre as mulheres, apesar de, ainda, não conseguir justificar. (Fennell, 1997).

Fennell, (1997), aponta não ser ainda possível identificar um fator isolado para justificar a ocorrência da depressão. Os estudos científicos a justificam como conseqüência de uma interação entre vários fatores diferentes. Segundo este autor, a depressão clínica recebe várias distinções entre distúrbios bipolares e unipolares, bem como entre depressões endógenas e reativas.

Fennell (1997), afirma que as pessoas tornam-se clinicamente deprimidas quando se sentem muito tristes e freqüentemente chorosas. Além de haver o sentimento de culpa e de estarem decepcionando as outras pessoas.

Young, Beck e Weinberger (1999) apresentam os resultados de estudos que sugerem que ao ser mudada a cognição depressiva, como num processo de generalização, também ocorre uma mudança no humor, no comportamento e na bioquímica da pessoa deprimida.

3.4. Suicídio

Estudos apontam para a desesperança, muito comum entre os depressivos, como uma variável importante para o suicídio.

Greenberger (1998) trabalha com a hipótese de que quando uma pessoa passa por uma dor psicológica, o alívio para tal pode vir da morte. A morte seria, então, uma saída para o que é percebido como uma situação impossível de ser vivida.

Os suicidas em potencial revelam repertórios verbais semelhantes:

- Não vou fazer falta.
- Sem mim, a situação vai melhorar.
- Minha vida não tem mais motivos, mais sentido.
- A morte é a solução para o meu sofrimento.

A antecipação negativa, como Greenberger (1998) salienta nos estudos realizados por Beck e outros teóricos, leva a pessoa deprimida a discriminar ser o suicídio a solução para os seus problemas insolúveis.

Diante de todos os trabalhos já realizados, divulgados e publicados, é possível perceber que o Processo Psicoterapêutico é um processo onde há a união da ciência e da arte, ou seja, é preciso haver uma integração entre a técnica e a espontaneidade para se criar o melhor e mais adequado procedimento à pessoa que a ele se submete. É a experiência clínica que possibilita a instrumentalização das técnicas, segundo as necessidades e capacidades individuais do cliente, visando uma maior aderência ao processo.

Desta forma, o Processo Psicoterapêutico Comportamental e Cognitivo surge da necessidade de se fazer combinar muitos anos de pesquisa e prática clínica, além de dar respostas eficazes à insatisfação com os métodos tradicionais para a análise funcional dos transtornos emocionais humanos, inclusive os de ansiedade generalizada.

Os psicoterapeutas comportamentais e cognitivos trabalham com sessões estruturadas. A cada nova sessão, revisam as tarefas passadas na sessão anterior para, a seguir, ordenar a sessão presente e, ao final desta, programar o início da próxima, com o estabelecimento das tarefas para casa. A tarefa, neste processo terapêutico é tão importante que cada sessão se inicia pela checagem da mesma - se houve dificuldade ou não em executá-la - passa pelo processo de reforço do cliente para manter-se motivado em estar fazendo as tarefas que lhe são pedidas e termina com a definição das próximas tarefas para casa. Essas tarefas surgem de forma natural, no transcorrer da sessão presente. Mas todas as tarefas são explicadas de forma racional pelo terapeuta, para que sejam antecipados os problemas que o cliente pode ter ao realizá-las.

Com as tarefas de casa, o terapeuta tem a oportunidade de avaliar os comportamentos, públicos e privados, registrados pelo próprio cliente, verificando, inclusive, o seu repertório de fuga/esquiva, luta/fuga ou de enfrentamento. Além de todas estas técnicas o terapeuta pode ainda utilizar-se de mecanismos audiovisuais, que são muito eficazes na comprovação, pelo próprio cliente - com o auxílio do terapeuta, é claro - de suas cognições/pensamentos disfuncionais.

Há também a programação de atividades, que objetiva desenvolver no cliente uma certa sensação de eficácia e de controle, além de registrar suas atividades a cada hora. Ela é também um mecanismo para que o terapeuta possa ajudar o cliente a entender que nem sempre tudo, por mais bem planejado que tenha sido, pode dar certo.

Outra grande ferramenta deste processo terapêutico é o cliente dar notas a todas as suas emoções, sentimentos, cognições, pensamentos, etc. Este mecanismo gera a oportunidade para, ao longo do processo, o cliente perceber que algo que, anteriormente lhe causava ansiedade e depressão, agora já não é mais tão disfuncional.

3.5. Fobia Social

A Fobia Social é um medo acentuado e persistente de situações sociais nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço. É a situação caracterizada por temores. O Fóbico social acha que o que faz é incorreto.

O Fóbico Social não cria, não inicia interações (ou conflitos) sociais, alias até as evita. Quer as relações sociais, mas não dá conta delas. É o medo das pessoas. Seus valores pessoais dependem do valor que os outros lhe atribuem. E, a opinião do outro é crucial para o seu bem-estar. Não é espontâneo. Seus temores básicos são: ser qualificado negativamente pelas pessoas; apresenta uma hipersensibilidade à crítica; é vergonhoso; mostra-se ansioso diante dos eventos. E, as conseqüências imediatas podem ser avaliadas em suas respostas fisiológicas: palpitações; transpirações; enrubescimento; agitação.

De acordo com Hope e Heimberg (1999) um fóbico social é alguém que teme uma variedade de situações sociais e de desempenho, porque está preocupando em ser humilhado ou constrangido por funcionar inadequadamente ou apresentar sintomas visíveis de ansiedade. As situações temidas possíveis variam de interações não-contingentes, como falar em público, a conversas entre duas pessoas. É muito provável que o Transtorno de Fobia Social se desenvolva muito precocemente: com a timidez, o isolamento, a inibição.

A maioria dos casos de Fobia Social está relacionada com outros transtornos de ansiedade e de humor.

4 – Escrita Terapêutica – Foco desta Pesquisa

Há muito a utilização da Escrita Terapêutica, como instrumento da psicoterapia e do desenvolvimento pessoal, tem sido reconhecida. Estudos nessa área são, ainda, tímidos se comparados com as pesquisas realizadas para avaliar muitas outras técnicas.

A Escrita Terapêutica tem a função de encorajar clientes a experienciarem e a expressarem eventos encobertos, ocorridos na infância ou mesmo durante qualquer estágio de seus processos de relacionamentos humanos (Mahoney, 1998).

Kazantzakis (1998) apresenta a importância da Escrita Terapêutica em vários trabalhos por ele realizados como: Oliver W., portadora do Transtorno Agorafóbico. Segundo ele, suas descrições tão claras, nos diários, foram-lhe importantíssimas para sua compreensão a respeito da resistência e dos ritmos dos processos humanos de mudança. Este autor destaca que para muitas pessoas, o movimento requerido pela Escrita Terapêutica, o olhar para dentro de si é, simplesmente, muito difícil. Ele requer o uso das palavras para transpor sua experiência, para então, compartilhar essas palavras, ou seja, sua experiência de vida com outra pessoa. Kazantzakis (1998), apresenta mais dois importantes trabalhos que abordam o uso das palavras para transpor experiências. São os casos Karen Z. e Dolly T. que, através da Corrente de Consciência, experienciaram eventos, por elas vividos em algum momento de suas vidas e, através da verbalização relataram suas sensações, sentimentos e percepções, facilitando o acesso aos registros que estavam encobertos em seus mundos privados, gerando-lhes comportamentos disfuncionais e muito sofrimento.

Sheldon Kopp (1998), as designou como “Cartas Jamais Enviadas”. Sua utilização, no processo psicoterapêutico se dá sempre que o cliente apresenta problemas não-resolvidos com pessoas de seu relacionamento íntimo ou mesmo pessoas que compõem a sua história de vida, por mais que essa composição seja num tempo mínimo. Como essas correspondências jamais serão encaminhadas às pessoas que as originou, o cliente é encorajado a redigi-las expressando, com toda a integridade, qualidade e intensidade, os seus sentimentos, as suas emoções, sem nenhuma restrição às conseqüências que tal escrita poderá gerar à outra pessoa. Com efeito, as Cartas Não-Enviadas, por lidarem com contingências, muitas vezes, aversivas têm a capacidade de gerar no cliente uma grande demanda emocional e, conseqüentemente, o

entrar em contato com eventos encobertos. Skinner (1993), afirma que o evento encoberto refere-se a um comportamento executado em escala tão pequena que não é visível aos outros, ou seja, são condições privadas relacionadas com comportamento público, mas não necessariamente geradas por ele. É comum, portanto, o cliente mostrar-se resistente, num primeiro momento, à operacionalização desse instrumento. O apoio, o suporte do psicoterapeuta é imprescindível para que a pessoa possa enfrentar tal procedimento, superando assim a resistência para a realização desta .

Esta técnica psicoterapêutica pode se dar em três fases: a primeira que é o cliente escrevendo para a pessoa-motivo do problema não-resolvido; a segunda que é o destinatário respondendo ao cliente e, normalmente, nesta fase é esperado um comportamento de ira, raiva, mágoa e, claro, de defesa por parte do destinatário. E, a terceira e última fase que é o destinatário respondendo a carta do cliente da forma como este esperaria que fosse, ou seja, o destinatário arrependido, grato e, até, emocionado. As três fases são realizadas pelo próprio cliente. Segundo Mahoney (1998), os estudos têm mostrado que, apesar das três fases serem respostas difíceis que o cliente apresenta, a terceira é a mais desafiadora, vez que o cliente deverá imaginar tal pessoa, motivo de seu problema não resolvido, como sendo pessoa capaz de compaixão e/ou auto-análise. A experiência clínica tem demonstrado que esta técnica apresenta eficácia na funcionalização de eventos encobertos, uma vez que o cliente é colocado, sozinho, em casa – pois é realizada como Tarefa de Casa – ou seja, em um ambiente privado de sua escolha.

Empiricamente, durante as sessões clínicas da autora do presente trabalho, a Escrita Terapêutica tem sido bastante utilizada, gerando resultados desejados pelo Processo Psicoterapêutico Comportamental e Cognitivo: respostas aos problemas das emoções e do comportamento humanos. Quando a pessoa relata dificuldades, sem saber ao certo sua origem, como sexual, de inter-relação com determinadas pessoas, sentimento de raiva não

resolvida com pais e ou com outras pessoas, traumas enfim – ainda que estas pessoas já não façam parte mais de seu convívio social – de comum acordo entre psicoterapeuta e cliente, as Cartas Não-Enviadas são definidas como Tarefa de Casa.

Há clientes que, pelas dificuldades geradas, ao lidarem com eventos encobertos, na realização desta tarefa, gastam de dois a quatro intervalos de sessões para conseguirem construir o seu relato, a sua correspondência, ou seja, duas a três semanas. Isto porque o entrar em contato com seus eventos encobertos, pode acontecer uma resposta de fuga ou esquiva.

Ainda que registrando as evitações que tal tarefa gera-lhe, o cliente relata sentimentos, emoções e reações fisiológicas evocados por esta técnica:

- raiva
- ódio
- mágoa
- ânsia de vômito
- sudorese
- taquicardia
- tremor
- dormência
- dificuldade em respirar
- medo
- pânico
- choro intenso
- disfunção intestinal e estomacal, dentre outras.
- alívio
- libertação

- sensação de leveza

Mas, ao concluir esta tarefa, o próprio cliente afirma a obtenção substancial de benefícios a partir da escrita, ainda que em “forma poética, de histórias curtas ou de meditações informais” (Mahoney, 1998).

Porto e Britto (2001), apresentam o caso Beto, portador de Síndrome de Disfemia, ou Gagueira. Com diagnóstico de gagueira severa, o processo de tratamento de Beto passou, também, pelas Cartas Não-Enviadas. Beto creditava a gravidade de sua gagueira às constantes agressões físicas e morais que sofria de seu pai. Mesmo já falecido, há quatro anos, Beto, escreve ao pai morto sua primeira carta:

“Carta a um Inimigo

Go/27/09/2000

Prezado Sr...

Às vezes, sinto-me frustrado, sendo tudo isso, devido ao fato de você sempre ter me considerado um inimigo, ignorando meus anseios e sentimentos. Você apenas pensava em seu egocentrismo. O domínio imposto, principalmente, sobre mim, causou-me traumas, sendo, o mais presente, a gagueira. Mesmo que eu tente perdoá-lo, existem cicatrizes e feridas, ainda abertas. Sua empáfia, atualmente, vem causando danos, pois um alicerce mal estruturado, com certeza, redundará em desacertos. Tento não sentir mágoa de suas agressões: morais e físicas, mas, quando a sementeira é livre, a colheita tornar-se-á obrigatória. Com certeza, nós seres humanos, um dia prestaremos contas de nossas atitudes ao Criador. O que me entristece é o fato de vivermos no mundo, permanentemente em conflitos, ou seja, uns tentando se sobrepor aos demais, ora pela força, chantagem, agressão moral e física. Em sua estada em nosso seio familiar, você sempre impôs idéias, fugia ao debate, agredia seus filhos e prestigiava terceiros.

Espero que, agora, no mundo espiritual, esteja vendo a perda do tesouro que possuía: sua família. É com imensa tristeza que escrevo-te estas entrelinhas. Ainda sinto mágoa, porque sou humano, sujeito a erros e acertos, mas, antes de tudo, sempre realizo um exame autocrítico de meus atos, para que não prejudique terceiros.

Espero que você quite seus débitos com o criador, e se arrependa de sua empáfia, enquanto esteve habitando a Terra”. (Porto e Britto 2001, p.35,).

Porto e Britto (2001), ao receberem a Tarefa de Casa – Carta Não-Enviada – pedem a Beto que a leia em voz alta. O sentimento, a emoção e as reações fisiológicas, sentidas por ele o impedem de executar a orientação. Beto verbaliza sua justificativa dizendo-se “travado”. Com o Questionamento Socrático, a Técnica de Inundação, Relaxamento, Treino Respiratório, dentre outras, Porto e Britto, (2001) levaram Beto a estar, imaginariamente, com seu pai, trabalhando os sentimentos e emoções negativas dessa relação. Só então, Beto conseguiu ler a carta. No princípio, gaguejou bastante. Ao enfrentar a ansiedade o cliente alcançou a fluência das palavras. Depois desta fase as autoras sugerem uma nova Carta Não-Enviada ao pai. Beto a fez:

“Go 29/11/2000

Prezado Pai,

Escrevo-te esta com o intuito de dar-lhe a liberdade, ou perdoa-lo. Nos momentos de ira, você pensava apenas em seu egocentrismo. Era a única pessoa sofredora no mundo, os demais não sofriam.

Agora estou tentando me libertar da gagueira, chaga que me acompanha desde a infância, mais precisamente aos 10 anos. Nós seres humanos precisamos colocar em prática o perdão. Sei que é difícil, pelo fato de sermos críticos e esquecermos de

praticar a autocrítica. Já consegui me libertar um pouco das mágoas que sentia de você. Preciso melhorar mais para libertar-me de meu próprio jugo. Às vezes, as feridas demoram a cicatrizar. Anos de ódio, possessão, falso moralismo. Tudo em nome da empáfia, do falso poder. Poucos seres humanos entendem que o poder terreno é efêmero, corruptor, sujo, pois muitos de nós somos seres despreparados para dividir o poder, onde todos participem do banquete.

Desejo minha libertação no plano terreno, pelo menos um pouco. Desejo-te, meu Pai, que o senhor também liberte seu espírito. Eu te perdôo, meu Pai.

De seu filho”. (Porto e Britto 2001, p.42).

Após o Treino Respiratório e Relaxamento breve, Beto leu com tranqüilidade e fluência esta segunda correspondência, apresentando o autocontrole da ansiedade.

As Cartas Não-Enviadas foram, também, instrumentalizadas por Calhoun e Resick (1999). Em suas práticas clínicas apresentam o caso, Cindy, estuprada aos 15 anos, já com 26 anos, casada, com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Depressão Maior, inicia tratamento psicológico.

“... Ele recolocou suas mãos sobre os meus punhos e então abriu com força as minhas pernas com as suas. Eu gritei com toda a força dos meus pulmões quando ele penetrou em mim. Ele empurrou meu próprio braço em minha boca. (...) Eu apenas me prostrei ali, sentindo-me vazia. Eu estava chorando, mas me sentia muito entorpecida. O lençol estava colado à minha face. Estava todo molhado...”. (Calhoun e Resick, 1999, p. 86 – 87)

Através do relato deste caso clínico a autora destaca o quanto a Escrita Terapêutica foi importante na funcionalização do quadro emocional patológico em que Cindy se encontrava. Mais que isso, o quanto os fatos escritos por Cindy, favoreceram à percepção correta de sua condição de vítima quando do estupro e, por conseguinte, à sua condição de estuprada. Todo o seu relato foi minuciosamente analisado. Todos os fatos narrados passaram por análises entre a terapeuta e a cliente, levando-a a perceber sua situação de vítima e não de prostituta como considerou-se por dez anos seguidos. Após ter adquirido uma percepção real dos fatos, Cindy escreveu:

“O estupro me afetou profundamente. Meus pontos de vista, opiniões, pensamentos e sentimentos foram afetados. Eu não posso mudar isto e não quero. Agora percebo a necessidade de equilíbrio e de ter uma visão equilibrada do estupro. Uma vez que ele foi parte de minha vida. Eu sou quem sou hoje por causa daquela parte da minha vida. Estou orgulhosa de quem sou hoje. (...) Eu esperava que a consulta fosse purificadora. Ela foi. Eu esperava encontrar aquelas peças que faltavam e as encontrei. Arrancar meu segredo mais íntimo, mas recôndito e atroz foi muito difícil. Contudo eu estava me envenenando. Com uma ajuda genuína, eu arranquei aquele demônio secreto e enfrentei-o cara a cara...”. (Calhoun e Resick, 1999, p. 113)

Os Diários de Registros – criados e desenvolvidos segundo a necessidade de cada cliente – têm o objetivo de ensinar a pessoa a registrar diversas situações e suas conseqüências para, num primeiro momento, favorecer ao psicoterapeuta o acompanhamento dos comportamentos desse indivíduo, além do processo psicoterapêutico. Num segundo momento, não menos importante que o primeiro, ensinar o cliente automonitorar seu

repertório comportamental. O Diário de Registro é quase invariavelmente usado tanto na fase inicial da avaliação quanto na monitoração das mudanças subseqüentes.

O psicoterapeuta necessita utilizar-se da criatividade e da avaliação para definir Diários de Registros apropriados para cada situação em que se deseja a automonitoração, tanto em sua freqüência, quanto duração, assim como as circunstâncias em que as contingências ocorrem.

Os Diários de Registros monitoram uma grande variedade de problemas públicos ou encobertos, gerando informações mais precisas sobre muitos aspectos dos problemas. Barlow, Hayes e Nelson (1984), destacam dois estágios na automonitoração. No primeiro estágio o indivíduo terá de notar a ocorrência de seus comportamentos, suas emoção ou do próprio fato. Já no segundo estágio, o cliente terá de registrá-lo. Esse procedimento é ensinado à pessoa no momento do planejamento do programa psicoterapêutico. É importante destacar que a aprendizagem requer repetição. Portanto, a orientação de tal procedimento deverá ser repetida quantas vezes forem necessárias, até que o cliente tenha total compreensão de sua execução. A clareza das regras destas técnicas é importante para que a pessoa possa empenhar-se na obtenção de uma medição exata. Ao cliente deve ficar claro que as sessões subseqüentes se desenvolverão focadas no conteúdo apresentado pelos Diários de Registro. Desta forma, a pessoa discriminará a importância destas Tarefas de Casa, podendo apresentar maior adesão ao programa psicoterapêutico, ainda que nos primeiros registros apresentem dificuldades – consideradas normais, vez que são um novo padrão de comportamento, implicando, portanto, em mudanças em sua discriminação e em sua percepção.

A estrutura de cada Diário de Registro, a ser repassado ao cliente, deve ser feita pelo psicoterapeuta, para se ter uma maior abrangência daqueles comportamentos públicos ou privados que se deseja monitorados.

O nível de ansiedade também pode ser avaliado, dando ao cliente registros com escalas arbitrárias, como as usadas nesta pesquisa. Através das escalas a pessoa poderá avaliar a ansiedade experimentada durante a ocorrência da situação problema. Por exemplo:

1 = pouca;

2 = moderada;

3 = muita;

4 = extrema.

O momento ideal de se fazer a monitoração ou a automonitoração do evento ou eventos desejados é imediatamente após a sua apresentação, ou seja, tão logo o comportamento em questão, o pensamento ou o sentimento tenha ocorrido. Assim, a pessoa deve carregar consigo as folhas de registro, de forma avulsa ou em cadernos. Desta forma se evitará um registro geral ao final do dia, quando a pessoa poderá esquecer-se de algum evento importante ou, ainda, poderá distanciar-se da fidelidade da emoção quando de sua ocorrência.

Pesquisas demonstram que os Diários de Registros tanto podem ser utilizados para monitorar ou automonitorar a Pressão Arterial, comportamentos repetitivos, pensamentos, sentimentos, quanto para registrar respostas ansiogênicas, tempo gasto com determinado comportamento problema, etc.

O que vai definir a necessidade da construção do Diário de Registro é o próprio aspecto relevante e significativo do problema que possa ser mensurado.

A exatidão da automonitoria, ou mesmo da monitoria, pode ter o seu alcance facilitado quando se obtém o apoio de uma pessoa próxima do cliente no suporte desta tarefa, isto é, monitorando comportamentos dessa pessoa, sejam eles privados – pensamentos obsessivos – sejam eles públicos – comportamentos compulsivos, como o de lavar as mãos.

A exatidão dos registros de Diários pode ser melhorada se se pedir ao cliente para escolher o pior sentimento verificado durante o dia, diferenciando-o daqueles que experienciou durante todo o dia.

Outra importante reação, provocada tão somente pelo registro do comportamento problema desejado, é a mudança de sua frequência. De acordo com Barlow, Hayes e Nelson (1984), esse fenômeno é chamado de reatividade à automonitoração. Isto porque a automonitoração poderá levar a interrupção de uma cadeia de comportamentos automáticos, permitindo à pessoa a decisão de continuar com a frequência ou não da resposta monitorada. Isto quer dizer que o registro, por si só, tem a capacidade de desenvolver na pessoa a discriminação, a percepção de seus atos e, conseqüentemente, a definição de um novo repertório comportamental. Em sessões psicoterapêuticas particulares, realizadas pela autora desta pesquisa, foi possível observar que sempre que um cliente seu se encontrava diante de um processo ansiogênico, de muita tensão, apresentava o comportamento de arrancar fios de cabelo do couro cabeludo ou das sobrancelhas – Transtorno de Tricotilomania* - gerando danos à sua estética. Apenas com o registro desses comportamentos repetitivos ele passou a discriminar e, antes de arrancar os fios, optar pela não execução do mesmo. À medida que os fios arrancados foram nascendo, esse cliente passou a cuidar deles como preciosidades. Com a ajuda de outras técnicas, visando o autocontrole da ansiedade, adquiriu um novo repertório

* De acordo com o DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, trad. Dayse Batista; - 4ª ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, páginas. 577 e 586, o “Tricotilomania é um dos Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local. Ele caracteriza-se pelo ato de puxar de forma recorrente os próprios cabelos por prazer, gratificação ou alívio de tensão, acarretando uma perda capilar perceptível. (...)Os locais de onde os cabelos são arrancados podem compreender qualquer região do corpo (inclusive as regiões axilar, púbica e peri-retal), sendo os pontos mais comuns o couro cabeludo, sobrancelhas e cílios.”

de enfrentamento às situações ansiogênicas. A outra consequência foi a recuperação de sua estética, que passou a ser reforçadora aos novos comportamentos adequados ante as situações aversivas.

A automonitoração desempenha papel fundamental na avaliação e tratamento comportamental cognitivo. Desta forma, quando um cliente não realiza a automonitoração, apesar de todos os cuidados despendidos, sugere a não adesão ao programa de tratamento. Faz-se necessário relembrar aqui que a Terapia Comportamental e Cognitiva, baseando-se no método experimental, aporta-se com um papel educativo geral, para levar o cliente a focar variáveis privadas e públicas, para o alcance da eficácia, graças à sua estruturação norteada pelas técnicas e, de forma muito especial, pela parceria firmada entre cliente e psicoterapeuta.

Os questionários são outro importante instrumento utilizado pelo Processo Psicoterapêutico com a finalidade de obter informações retrospectivas e globais da história de vida do cliente. Um dos questionários, de uso muito freqüente por esta abordagem psicoterapêutica, é o chamado Questionário de História Vital de Lazarus (1980). Através dele é possível conhecer os fatos históricos da pessoa, pesquisados pelo próprio cliente junto aos seus familiares e às pessoas que compuseram e compõem sua vida.

A obtenção desses dados relevantes da história de vida da pessoa possibilita ao Processo Psicoterapêutico ter acesso aos fatos relevantes, que compõem a vida do cliente.

Para a Terapia Comportamental e Cognitiva o comportamento atual apresentado é consequência da história de vida do ser humano. Assim, conhecer a história de vida do cliente é imprescindível para a definição de um programa psicoterapêutico.

As mudanças fisiológicas podem desencadear outros tipos de mudanças, como as subjetivas e comportamentais. O cliente de pânico, por exemplo, ao ter um respondente fisiológico registrado em seu corpo, como uma palpitação mais intensa, relata o medo de enlouquecer ou perder o controle e, a consequência disso é alteração do pensar e do sentir-se

em relação à comportamentos futuros. (Craske e Barlow, 1999). Esse mesmo autor afirma ainda que as alterações fisiológicas “podem sinalizar ansiedade tanto quanto um objeto ou situação fóbica sinaliza intensa ansiedade ou pânico em pânico situacionais” (Craske e Barlow, 1999).

Instrumentos de medida fisiológica, como o Estetoscópio e Esfigmomanômetro, são utilizados pelos estudiosos, especialmente da área médica, para aferição da Pressão Arterial. Sua unidade é em milímetros de mercúrio.

A Hipertensão Arterial é definida como um nível de pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais elevada e a pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou menos elevada, ou quando em uso de medicação anti-hipertensiva. No quadro de Hipertensão Arterial não existe uma delimitação precisa entre os valores de pressão sanguínea “normais” e “hipertensivos”. De acordo com Massary e Glassock, (1985), ela é um dos principais problemas médicos mais comuns, sendo um dos fatores de riscos, atualmente, mais importantes. A pressão arterial é responsável por levar o sangue do coração para os tecidos. Quando não há a manutenção dessa pressão, é possível o acontecimento de um choque da circulação, ou seja, um colapso da circulação sanguínea. A falta de pressão arterial pode levar a pessoa à morte, e o seu excesso pode provocar os chamados acidentes cerebrais vasculares e ou a lesão de órgãos vitais como coração e rim. A literatura médica considera Pressão Arterial Normal desde 130 x 90 até 90 x 60.

5. Outras Técnicas Comportamentais e Cognitivas

5. 1 – Treino Respiratório - O Treino Respiratório tem a finalidade de desenvolver no cliente a facilitação ao controle de sua ansiedade. Ou seja, num primeiro momento a pessoa precisa aprender que, diante de um estímulo aversivo qualquer, ainda que apenas em nível de pensamento, ela poderá ter alterado o funcionamento do seu aparelho respiratório. Em

seguida, precisa saber que o cérebro funciona à base de oxigênio e glicose. Quando há a falta ou diminuição de um desses componentes, imprescindíveis à formação da energia cerebral, o cérebro passa a emitir comandos diferenciados aos órgãos do corpo, gerando alteração nos respondentes (Barlow, 1999), que conseqüenciam o aumento da ansiedade. Como veremos adiante, a ansiedade é conseqüenciada pelas as contingências que nos provocam reações corporais. Nominamos essas reações corporais, por nós sentidas, de ansiedade. De acordo com Britto (2001), a palavra ansiedade nada mais é que uma construção do social-linguístico para se referir a certos comportamentos disfuncionais sob controle das contingências aversivas.

Pelo fato da ansiedade ser uma emoção psicológica, ou seja, uma reação corporal, normal e básica, ela está presente em todos os seres humanos. Mas torna-se patológica, de acordo com Gentil Filho, Neto e Maciel (1995), quando muito intensa ou desproporcional ao estímulo que a originou, ou quando surge sem que haja um motivo para isso.

É comum, no processo psicoterapêutico, ouvirmos dos clientes informações como:

- Eu não consigo respirar.
- Tenho a impressão de que vou morrer asfixiado!
- Minha respiração está pela metade (apontando parte do peito)
- Sinto uma pressão torácica tão intensa, que me prejudica respirar.

Com o Treino Respiratório a pessoa aprende a valorizar o respirar, aprende a ter cuidado com a forma de respirar - qualquer que seja o momento de sua vida - e conseqüentemente, aprende, com a ajuda de outras técnicas, a ter o autocontrole de suas reações corporais.

Rangé (1998, p. 95), assim apresenta a realização do Treino Respiratório:

Treino Respiratório

1. Inspire, lentamente, pelo nariz, contando até 3, bem devagar.
2. Prenda a respiração, contando também até 3, bem devagar.
3. Exale, lentamente, o ar pela boca, contando até 6, bem devagar.
4. Faça com que o ar passe pelo diafragma e estufe o abdômen durante a inspiração.
5. Faça com que o ar que você exala deixe o abdômen cada vez mais encolhido.
6. Procure o ritmo ideal de sua respiração para você dentro deste estilo.

5.2 – A. C. A. L. M. E. – S. E. - Como as sessões iniciais do Processo Psicoterapêutico são focadas no treinamento de novas habilidades, além da observação do comportamento do cliente (seja ele privado ou público), da pesquisa de sua história de vida e da monitoração do pensamento do indivíduo diante das diversas situações, esta técnica, A.C.A.L.M.E. -S. E. é um instrumento bastante utilizado, em função de sua eficácia no conserto das emoções psicológicas disfuncionais.

A.C.A.L.M.E. -S.E. é uma ferramenta que possibilita à pessoa lidar com a ansiedade.

Na experiência de Rangé, (1998), a estratégia A.C.A.L.M.E. -S.E. ensina ao cliente que a chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. O enfrentamento do estado ansiogênico e a própria aceitação da ansiedade, têm a capacidade de fazer desaparecer as reações corporais desconfortáveis ou desproporcionais aos estímulos que as originaram. De acordo com Rangé, (1998), esta estratégia é o sucesso para o autocontrole da ansiedade. O cliente aprende, então, que a ansiedade é uma resposta adaptativa às contingências ambientais.

Esta ferramenta contém 8 passos para o autocontrole da ansiedade patológica. Rangé (1998):

- 1 – Aceite a sua ansiedade;
- 2 – Contemple as coisas em sua volta;

- 3 – Aja com sua ansiedade
- 4 – Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!
- 5 – Mantenha os passos anteriores;
- 6 – Examine, agora, seus pensamentos;
- 7 – Sorria, você conseguiu;
- 8 – Espere o melhor

5.3 – Relaxamento - Outra importante técnica, o Relaxamento é ferramenta necessária para o controle das contingências negativas que interferem no nível de ansiedade das pessoas.

Vera e Vila, (1996), afirmam que as técnicas de Relaxamento são instrumentos úteis não apenas à Psicologia Clínica e à Saúde, mas também à Psicologia Aplicada em geral.

Dentre as técnicas de Relaxamento, as de maior renome e mais utilizadas pelos psicólogos clínicos são o Relaxamento Progressivo de Jacobson e o Relaxamento Autógeno de Schults, que datam de 1929 e 1932, respectivamente (Vera e Vila, 1996).

Segundo Vera e Vila (1996) as técnicas de Relaxamento são procedimentos psicofisiológicos, com função interativa, ou seja, o fisiológico e o psicológico se interagem, como causa e produto.

5.4 - Reestruturação Cognitiva

O repertório comportamental das pessoas, segundo Ellis, ou as perturbações psicológicas dos seres humanos, provém de interpretações falsas ou irracionais (Fontaine, 1987). Assim, Ellis se dedicou a pesquisar as distorções cognitivas que as pessoas formulam. Foram estes estudos, pela óptica de Fontaine (1987) que possibilitaram a este teórico criar o método terapêutico *Rational-emotive-therapy*, tendo por finalidade corrigir as crenças

irracionais. Esse autor apresenta as crenças irracionais como sendo antecipação inadequada de conseqüências e erros no raciocínio lógico.

A Reestruturação Cognitiva busca tratar os comportamentos inadequados, muitas vezes gerados por interpretações inadequadas. Por ser uma técnica realizada sem qualquer metodologia experimental precisa, adverte Fontaine (1987), tem valor apenas descritivo. São ainda incipientes os estudos para determinar os fatores cruciais de sua eficácia.

O seu objetivo básico é levar o cliente a fazer uma autodescrição pormenorizada de seus comportamentos, para chegar aos automatismos de pensamentos que controlam diversos comportamentos. Esta autodescrição levará a pessoa, sob a supervisão do psicoterapeuta, a uma interpretação mais racional da situação, conseqüentemente do seu pensamento, do seu sentimento, de sua emoção e, por fim, de uma resposta mais adequada.

5.5 - Ensaio Comportamental

O Processo Psicoterapêutico é um processo de aprendizagem, ou seja, de educação e reeducação comportamental. Assim sendo, o ensaio de habilidades sociais é um contínuo em seu dia-a-dia, pois as disfunções do repertório comportamental se dão na interação com o meio ambiente da pessoa por elas acometidas.

Caballo (1996) apresenta o Ensaio Comportamental como sendo o procedimento psicoterapêutico mais comumente empregado no Treinamento das Habilidades Sociais. Sua finalidade básica é ensinar a pessoa a adquirir um novo e apropriado repertório comportamental de enfrentamento das situações da vida real, que lhe são problemáticas.

Caballo (1996) aponta o Ensaio Comportamental como sendo uma ferramenta que consiste em desenvolver a aprendizagem de modificação das formas não-adaptativas de respostas. Ou seja, é a substituição de uma resposta inadequada por novas e adequadas respostas.

O autor faz a distinção desta técnica com outras que envolvem a representação de papéis, como o psicodrama, uma vez que o Ensaio Comportamental centra-se na mudança de comportamentos como objetivo fim. Isto porque, quando ela é empregada, o conflito já é conhecido, quando ela é empregada, faltando a definição de maneiras apropriadas de enfrentamento desse problema.

Após relatar sua dificuldade real, o cliente passa a interpretá-la, muitas vezes tendo a participação do psicoterapeuta. Ao representar sua situação real, deparando-se com a dificuldade, o psicoterapeuta faz a pausa para a intervenção, discutindo-a com a pessoa.

Caballo (1996) alerta que, durante o Ensaio Comportamental, o foco deve permanecer no problema em questão, visando a criação da habilidade de enfrentamento adequado desta situação.

É importante dizer que Wolpe (1976), originalmente a designou, em 1958, de *psicodrama comportamental*. Wolpe (1976) afirma que durante o Ensaio Comportamental acontece, freqüentemente, um descondicionamento da ansiedade.

De acordo com Wolpe (1976), esta técnica visa levar a pessoa a adquirir uma resposta mais apropriada ante as situações geradoras de ansiedade, medo e, por conseguinte, de comportamentos de fuga/esquiva.

5.6 - Dessensibilização Sistemática

Esta é uma técnica elaborada em laboratório experimental, tendo como seu criador J. Wolpe.

Nas décadas de 40 e 50, Wolpe dedicou-se a produzir neuroses experimentais em gatos confinados numa pequena gaiola. Foram administrados, nesses animais, choques de alta voltagem e baixa amperagem. Wolpe (1976) pode verificar as respostas ansiogênicas, ante as contingências aversivas apresentadas aos gatos. Esse pesquisador chegou à conclusão de que

a ansiedade gerou total inibição das respostas adaptativas básicas dos animais, como comer, ainda que muito famintos. Esta experiência fomentou uma sucessão de outros estudos com o objetivo de se chegar à quebra, dos comportamentos neuróticos – reações de intensa ansiedade - dos seres humanos. Ou seja, técnicas que levariam as pessoas a se comportarem de forma diferente em suas situações de vida, fazendo surgir a Dessensibilização Sistemática, baseada no condicionamento clássico. (Wolpe, 1976).

A Dessensibilização Sistemática é uma técnica que faz, por aproximação, a dessensibilização em relação a eventos estressores. Os clientes constroem a hierarquia das situações temidas, se imaginando nestas situações, mas em estado de relaxamento, portanto, incompatível com o estado de ansiedade. A aproximação a estes eventos expõe o cliente, gradualmente, e em frente ao estímulo temido. De acordo com Wolpe (1976, p. 113), criador desta técnica, ela é “um dos diversos métodos para derrubar hábitos neuróticos de respostas de ansiedade gradativamente, segundo o modelo da terapia de neuroses experimentais”. Turner (*apud* Caballo, 1996), prossegue dizendo que o uso deste procedimento gera a eliminação do comportamento de medo e as síndromes de evitação.

Turner (*apud* Caballo, 1996), afirma que a Dessensibilização Sistemática é uma técnica para intervenção psicoterapêutica desenvolvida com a finalidade de eliminar o comportamento de medo, assim como as síndromes de evitação. Ela é composta por dois momentos importantes: 1 – ensinar ao cliente uma resposta contrária à ansiedade, com o amparo de uma técnica de Relaxamento; 2 – exposição graduada ao estímulo que provoca o medo. Podendo ser uma exposição imaginária ou ao vivo.

A eficiência desta técnica gera a funcionalização do medo, isto é, das respostas ansiogênicas, de forma rápida e totalmente. Daí ser, na atualidade, a técnica psicoterapêutica mais investigada.

Fontaine (1987), afirma que Wolpe, ao desenvolver a Dessensibilização Sistemática, introduz uma resposta supostamente antagônica, isto é, uma resposta que é incompatível com a resposta original de ansiedade provocada pelo medo. Com esta resposta desencadeia-se o chamado fenômeno de *inibição recíproca*, termo que Wolpe herdou da neurofisiologia de Sherrington.

6. Metodologia Aplicada

Segundo Sidman (1976), as linhas de base constituem os parâmetros do fenômeno, sendo selecionadas com base em considerações peculiares ao problema de que se ocupam.

Esse autor afirma que o Delineamento Intra-sujeito tem a finalidade de fornecer demonstração de fidedignidade de uma técnica. “Quando o comportamento de um organismo pode ser manipulado muitas vezes de forma quantitativamente consistente, o fenômeno em questão é real, e o experimentador mantém bem controladas as variáveis relevantes”.

Nesta pesquisa, a metodologia utilizar-se-á de técnicas do Processo Psicoterapêutico Comportamental e Cognitivo. Algumas das técnicas deste Processo, como veremos, serão agrupadas, e aplicadas de forma inversa aos dois grupos/técnicas de participantes da pesquisa, com a finalidade de testar se a ordem hierárquica das técnicas será, também, variável importante no resultado da pesquisa.

Guilhardi (1997), alerta para as dificuldades no uso de delineamentos experimentais no contexto clínico. Por exemplo: a observação sistemática do comportamento-problema sem a intervenção, com a finalidade de se obter uma Linha de Base estável. Ou seja, em benefício de um rigor metodológico, manter, voluntariamente, um comportamento-problema, torna-se uma dificuldade prática e, especialmente, ética.

Todavia, Barlow (1999) tem sublinhado a necessidade de desenvolver uma tecnologia de mudança comportamental. Tal tecnologia consiste de uma variedade de técnicas ou

procedimentos com eficácia quase comprovada para os diferentes transtornos, que há muito trouxe consideráveis avanços na área clínica desde a utilização dos delineamentos de investigação $n = 1$ na década de 70.

7. As dificuldades entre Ciência Básica e Aplicada

Ciência, segundo Skinner (1991) é conhecimento. Mas continuamente ela é concebida como uma questão de posse pessoal. Skinner (1991) adianta que aqueles que possuem o conhecimento, logicamente, sabem o que fazer. Fazer é a palavra primária que designa o comportamento. As ciências Básica e Aplicada são imprescindíveis para o melhor conhecimento da natureza.

Luna (1999), pontua que a intervenção clínica é um dos mais ricos contextos de um fenômeno muito estudado pelos pesquisadores na atualidade: o relato verbal. Mas este autor adverte que as características teórico-epistemológicas da Análise Experimental do Comportamento, sedimentadas pela pesquisa experimental de laboratório, não facilitam o trabalho dos profissionais da prestação de serviço, ou seja, dos terapeutas clínicos. Luna (1999) acredita advir daí o comportamento de evitação da divulgação dos resultados obtidos na clínica. O autor sentencia que a pouca divulgação dos resultados da clínica “poderia ter sido a forma encontrada de evitar a adversidade das críticas – admitidamente pesadas”.

Hünziker (1999), destaca que o uso do método experimental dá ao cientista o controle das variáveis que hipoteticamente estão determinando o fenômeno, ora em estudo.

Luna (1999), ao investigar se um terapeuta é um cientista, conclui seus estudos apontando para contingências desfavoráveis, por ser a junção destes dois papéis, segundo o autor, pouco provável de ser mantida sistematicamente. Mas pontua que, poucos pesquisadores jamais disporão das condições privilegiadas dos terapeutas no “que diz respeito ao uso, importância e significado dos relatos verbais”.

Na realidade o que se percebe, ainda na atualidade, é a pouca ou quase nenhuma comunicação entre os pesquisadores da área Básica e os pesquisadores da área Aplicada. Muito mais um jogo de poderes que de evolução ou prática justa da ciência. É comum ouvir de alguns pesquisadores básicos que o pesquisador da área Aplicada faz cientificismo, como se ciência fosse apenas fruto do trabalho metodológico empreendido pela pesquisa básica.

Assim, o pesquisador básico não se livra de seus próprios valores. Talvez ele não acredite que a ciência, como qualquer atividade humana, é também direcionada pelas “emoções”. (Britto, 2001 - *)

O terapeuta comportamental e cognitivo desenvolve, para cada transtorno ou problema da emoção humana, um programa terapêutico específico, com técnicas e procedimentos definidos; observando, avaliando e intervindo, mensurando, portanto, os resultados alcançados, de forma direta e indireta e redefinindo esse programa até alcançar o resultado almejado: a funcionalização dos transtornos ou defeitos da emoção humana. Com o auxílio da tecnologia – filmadoras, gravadores e outros instrumentos de registro, como os Diários de Registros e aferição dos comportamentos-queixa - o terapeuta faz ciência, prestando serviço clínico. É bem verdade que a ética profissional, impede que, ao funcionalizar um transtorno, em nome da ciência, o terapeuta volte a gerá-lo para, em seguida, voltar a dispor do controle das contingências. Mas o follow-up é um instrumento, para a ciência, de avaliação do controle das variáveis ou não.

A pesquisa Básica e a pesquisa Aplicada, em benefício do progresso da ciência, precisam perceber-se, mutuamente, importantes e imprescindíveis para o maior conhecimento da natureza. Mas este resultado só tornar-se-á alcançável quando o poder pelo poder for destituído, para o bem da ciência.

* Comunicação pessoal

Para o melhor entendimento do relato comum do cliente de sentir-se angustiado em relação a conflitos não-resolvidos ou a processos emocionais “não-terminados”, (Greenberg & Safran, 1987), quando alguns desses sentimentos podem estar relacionados a experiências da infância e muitos estão associados às inter-relações humanas, desde a concepção, até o momento em questão, muitas vezes tendo transformado-se em eventos inacessíveis à própria pessoa, esta pesquisa desenvolver-se-á com a participação de quatro sujeitos, objetivando pesquisar a importância da Escrita Terapêutica, bem como de técnicas de controle da ansiedade, na funcionalização de comportamentos desadaptados ansiogênicos.

8. Justificativas do presente trabalho

É fato que a ansiedade é uma emoção básica, experimentada pelos seres humanos. Staats (1996) alerta que a emoção é diretiva: se positiva gera a consequência da aproximação, quando negativa promove uma resposta de afastamento; ao contrário do que Skinner postula: a emoção como efeito colateral das contingências. Através de acúmulo de evidências em laboratórios e prática, está claro que a emoção negativa é a responsável pela instalação dos diversos transtornos condutuais. A ansiedade negativa ou patológica disfuncionaliza a assertividade do responder, ou seja, do perceber, do discriminar, do ouvir, sentir, falar, emocionar, do fazer, etc., prejudicando as habilidades sociais. Del Prette e Del Prette (2001), consideram “que a ansiedade e as respostas assertivas são processos que atuam em sentidos opostos: de um lado a ansiedade inibe as iniciativas de interação, levando à esquiva ou à fuga dos contatos sociais; de outro, a aquisição de respostas assertivas ‘confrontação e enfrentamento’ pode reduzir a ansiedade”. Skinner (1991) sempre alertou sobre a importância, tanto positiva, quanto aversiva da interação com o meio ambiente na definição do repertório comportamental. Para esse autor é o modo como as pessoas pensam que determina o seu agir.

A vida moderna tem fomentado, cada vez mais, respostas de tensão e ansiedade e essas contingências têm gerado diferentes quadros clínicos/emocionais.

Este trabalho propõe estudar a relação entre a pesquisa e a prática clínica para, concomitante, estar avaliando a efetividade da Escrita Terapêutica, somada a outras técnicas de controle das respostas ansiogênicas na funcionalização de comportamentos desadaptados, mantidos por um quadro de ansiedade intensa. O seu foco central de investigação são as Cartas Não-Enviadas como meio de funcionalização de eventos encobertos e comportamentos desadaptados. O seu foco secundário são os Diários de Registros, como instrumentos necessários para o autocontrole, discriminação e definição de novos e assertivos repertórios comportamentais, privados e públicos.

O presente estudo foi realizado com apoio, em sua maioria, de técnicas da Terapia Comportamental, complementado por técnicas da Terapia Cognitiva, com programa pesquisa/psicoterapêutico para pessoas diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade, em tratamento farmacológico, encaminhadas por psiquiatras.

Método

Participantes

Os quatro participantes desta investigação foram encaminhados pela psiquiatria, através de contato feito com proprietários de clínicas psiquiátricas, em Goiânia. A todos os participantes foram atribuídos codinomes com vistas a resguardar suas identidades.

O perfil dos participantes foi, previamente, estabelecido: pessoas portadoras de Transtornos de Ansiedade, independente do quadro de comorbidade apresentado, desde que sujeitos ingênuos quanto ao Processo Psicoterapêutico a ser utilizado.

Participante 1 - Lud

Lud, 16 anos, aluno do segundo grau, família classe média. Desde a morte do pai, por cardiopatia, ocorrida há três meses antes do início desta pesquisa, apresentou quadro de crise hipertensiva, quando houve o registro de picos de até 210 x 150mmHg (milímetros de mercúrio). Acordava sempre às três horas da madrugada com Ataque de Pânico noturno. Mantinha-se, freqüentemente, com pensamentos antecipatórios negativistas e com todos os respondentes fisiológicos de ansiedade intensa. Diagnosticado com Transtorno de Ansiedade Generalizada, Pânico e Hipertensão, com comorbidade em Fobia Social. Fazia uso de Atenolol 50mg, um comprimido ao dia, Olcadil 50 mg, 2 comprimidos ao dia.

Participante 2 – Amábily

Amábily, 28 anos, 2º grau completo, comerciante, casada, mãe de duas filhas, uma de 3 anos e a outra de 3 meses. Apresentava quadro de desordem emocional, com contínuas respostas de angústia, choro, desânimo e, às vezes, vontade de morrer. Relatou que durante sua gestação os pais brigavam muito; a única forma de comunicação era através da violência e agressividade (verbal e física). Aos oito anos de idade sofreu um desmaio, recebendo

tratamento para epilepsia. Já em sua juventude a medicina refutou o diagnóstico de epilepsia, confirmando que a convulsão fora provocada por verminose. Era uma pessoa nervosa, explosiva e com diversos medos que a paralisavam. Diagnosticada por um psiquiatra como sofrendo de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Depressão. Recebeu tratamento farmacoterápico que incluía: Rivotril 2mg e Olcadil 50 mg, sendo ambos um comprimido ao dia.

Participante 3 – Pérola

Pérola, 44 anos, separada, com primeiro grau incompleto, classe média baixa, recepcionista de uma clínica médica. Casada, mãe de três filhos – de 13, 25 e 26 anos -, sendo cada filho de um pai. Tratamento Farmacoterápico: Pamelor 25mg, um comprimido três vezes ao dia; Frisium 10 mg, dois comprimidos três vezes ao dia; Sonibon 10 mg, três comprimidos à noite. Seus dois grandes problemas: a morte de seu pai, há onze meses, e o fim do casamento, há dois anos, geraram o Transtorno de Estresse. Afirma ser viciada em seu ex-marido. É portadora de Lúpos*, com queda completa dos pelos do couro cabeludo. Desde a primeira infância apresentava sintomas persistentes de febres - diagnosticadas por médicos pediatras como sendo de fundo emocional - apresentando ciúmes dos pais e irmãos. Com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão e Suicídio em potencial.

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

Pérola já tentou suicidar-se por duas vezes. Na primeira vez, ela mesma, após ingerir uma quantidade grande de medicação controlada e começar a sentir-se mal, usou a mangueirinha do chuveiro, passando-a pelo esôfago, para o procedimento de lavagem estomacal. Na segunda tentativa, entrou na frente de um veículo, numa avenida de alta velocidade, de uma capital brasileira. O motorista conseguiu parar o carro, já se chocando contra o corpo de Pérola com uma velocidade mínima.

Ao chegar para participar desta pesquisa, Pérola trouxe a informação do psiquiatra de que a terceira ideação suicida dela já fora definida. Tudo estava pronto para tentar o suicídio mais uma vez: a corda, para se enforcar, com o nó no lugar devido e tamanho apropriado, assim como o tamborete – no qual subiria para dele soltar o corpo, preso à corda – e as cartas para os familiares, foram providenciados; tudo estava acondicionado em seu armário de quarto. Motivo relatado por Pérola para esse comportamento: “o fim da razão de minha existência. Já não suporto mais esta vida depressiva”.

Participante 4 – Cristal

Cristal, 17 anos, era aluna do 3º ano do 2º grau; classe média, filha do meio de uma família com três irmãos. Choro constante, mãos e pés com intensa sudorese, carregando sempre consigo uma toalha para secar – continuamente – o suor. Os pés transpiravam tanto que molhavam suas meias e tênis. Em consequência disso sentia-se diferente e anormal, passando, em seguida, a restringir seus comportamentos. Frequentemente não permitia que ninguém tocasse suas mãos, pois sentia-se suja. Tinha medo de sair publicamente e as pessoas perceberem suas mãos e pés sempre molhados. Mostrava-se explosiva com qualquer situação; ela que sempre foi um dos dez melhores alunos, em desempenho, de sua escola, passou a tirar notas ruins, inclusive inferiores à média. Afirmou continuar estudando muito, mas na hora da prova não se lembrava do conteúdo estudado. Fazia Ataques de Pânico em véspera de provas. Um gastroenterologista diagnosticou o quadro clínico de Gastrite Nervosa.

Todos esses sintomas foram agravados, há um ano e dois meses do início desta pesquisa, quando do término de seu namoro, que durou um ano e seis meses. Tinha pensamento constante de que tudo que fazia dava errado; considerava-se desastrada, tinha sentimentos contínuos de culpa. Foi tratada, inclusive, por neurologistas sem apresentar grandes resultados, ainda que exame de imagem algum tivesse confirmado lesão cerebral. Recebeu Diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Pânico e Gastrite Nervosa. Foi medicada com Lexotan de 6mg, dois comprimidos ao dia e Sonibon 10mg 1 comprimido à noite. Demonstrava sofrimento intenso pelo menor problema de quem quer que fosse. Sentia-se responsável em resolvê-lo. Sentia repulsa pela mãe, por acreditar que esta não gostava dela e tinha um sentimento de ‘adoração’ pelo pai. Acreditava que o outro ia sempre julgá-la inadequada, feia, boba e suja. Os sintomas de medo eram freqüentes em sua vida.

Ambiente e Materiais

Todo o processo de pesquisa e de atendimento psicoterapêuticos aos participantes foi realizado durante o primeiro semestre de 2001, no consultório particular de psicologia, e pesquisadora/psicoterapeuta, em Goiânia – Goiás. O referido consultório consistia de uma sala de 4 x 3 metros, com banheiro privativo. Ele continha duas poltronas, um divã, uma escrivaninha, uma estante, boa iluminação, frigobar, mesa, abajur e ventilação apropriada.

Tanto a pesquisa quanto o atendimento psicoterapêutico foram realizados sem fins lucrativos, como atesta contrato assinado por todas as partes – Orientadora, Mestranda e Pesquisandos (Apêndice J).

Os trabalhos foram realizados semanalmente, com sessões de aproximadamente uma hora de duração, em horários e dias pré-estabelecidos pelas partes.

Esse consultório foi equipado, ainda, para atender às necessidades desta pesquisa, com os seguintes materiais: canetas, lápis, computador, impressora, disquetes, assim como:

Gravador – Sony, modelo TCM –323, Cassete Recorder, com funcionamento à pilha. Produzido na China pela Sony Corporation.

CD's Clássicos – com músicas para relaxamento, anti-stress, descanso, sons do mar, músicas da natureza e instrumental clássico.

Fita K 7 – Da marca BASF, Ferro Standard, com duração de 60 minutos, produzida pela EMTEC/BASF.

Filmadora VHS – Marca Panasonic, modelo AF X8, CCD, com Zoom Lens 8.5-68mm, produzida pela Panasonic Company, no Japão, Omni Movie VHS HQ. Dotada de bateria e microfones de própria câmera e de lapela, este último instalado de forma discreta e o mais próximo do participante desta investigação, possibilitando a gravação de todos os emitidos por ele.

Fita de VHS – BASF by EMTEC High Quality, modelo T – 120 VHS Stereo. Esse modelo é especialmente desenvolvido para utilização diária, sendo ideal para gravações e regravações freqüentes, com capacidade para 6 horas de gravação no modo SLP/EP.

Aparelho de Som – CD Rádio Cassete Recorder Digital Turner Dynamic Bass Boost, modelo AZ 1145 – Philips, Compact Disc Digital, Áudio com CD Synchro e Start Recording.

Estetoscópio/Esfigmomanômetro – O Conjunto Wan Ross, modelo EX para medir Pressão Arterial, composto por Estetoscópio e Esfigmomanômetro, fabricado pela Wan Ross - Indústria e Comércio de Materiais Hospitalares Ltda., foi utilizado tanto no setting de

pesquisa/psicoterapia quanto na residência do participante Lud. Esses aparelhos trabalham com a unidade milímetros de mercúrio.

IDATE – O Inventário de Ansiedade Traço-Estado foi desenvolvido por Spielberger, (Apêndice I) em 1964, com o objetivo de desenvolver uma escala única que fornecesse medidas objetivas tanto do Estado como do Traço de ansiedade.

A escala do IDATE foi construída para ser auto-aplicável e, desde então, tem sido usada como instrumento de pesquisa para investigar fenômenos de ansiedade em adultos, estudantes, pacientes cirúrgicos ou trabalhos clínicos em geral.

Para tornar a escala independente de instruções verbais, a escala foi preparada para que as pessoas respondam a cada item do IDATE analisando-se a si próprias numa escala de quatro pontos, como se apresenta no Manual de Psicologia Aplicada – CEPA. Ele é composto por duas partes. A Parte I (A – Estado) compreende 20 questões que visam avaliar como as pessoas se sentem, geralmente. A Parte II (A – Traço), também, se compõe de 20 questões através das quais a pessoa apresenta como se sente em um determinado momento (Spielberger, 1979).

Com a finalidade de avaliar os sintomas provocados pelo Transtorno de Ansiedade, foi desenvolvida pela pesquisadora/psicoterapeuta, a Parte III, também auto-instrutiva (Anexo I), chamada de Complementação ao IDATE. Composta por vinte e três questões sintomatológicas, tendo uma avaliação máxima de quatro pontos. Seguindo os mesmos procedimentos de avaliação da Parte II do referido instrumento, a Parte III foi composta, tomando por base os critérios diagnósticos do DSM-IV e outras escalas de sintomas ansiogênicos. O procedimento de aplicação e avaliação dos resultados desta Parte III trabalha com percentis variando de 23 (baixa ansiedade) a 92 (alta ansiedade).

Quanto à validade, o Manual CEPA (1979) cita diferentes investigadores, inclusive, no Brasil, que fizeram uso do teste em suas pesquisas nas áreas clínica e experimental.

O criador do IDATE, Spielberg (1981), esclarece como o estado e o traço de ansiedade, ou seja, as emoções e o repertório básico de comportamento são avaliados por esse instrumento de mensuração:

“a ansiedade como estado é constituída por reações emocionais caracterizadas por sentimentos conscientes e subjetivos de tensionamento, apreensão, nervosismo e preocupação; a ansiedade como traço refere-se a diferenças individuais quanto à propensão à ansiedade – ou seja, quanto à tendência a encarar o mundo como sendo perigoso ou ameaçado, e quanto à frequência com que estados de ansiedade são experimentados. (...) Ao avaliar seu nível de ansiedade como estado, você foi convidado a relatar o grau em que agora se sente calmo e relaxado; com relação à escala de ansiedade como traço, você relatou a frequência com que geralmente se sente satisfeito e seguro” (Spielberger, 1981, p.74)

Diários de Registros:

a) Registro de Pontos Fracos e Pontos Fortes (Apêndice A) – Composto por quatro colunas: (1) Pontos Fracos; (2) Grau de Ansiedade; (3) Pontos Fortes; e (4) Grau de Ansiedade. Esse Diário foi criado pela pesquisadora com a finalidade de se transformar em mais instrumento de avaliação da auto-imagem do participante, de sua autodescrição. Pontos Fracos e Pontos Fortes foram termos utilizados com os participantes com vistas à sua melhor compreensão quanto aos aspectos vulneráveis: positivos ou negativos para ele mesmo.

b) Registro de Comportamentos Repetitivos (Recorrentes) (Apêndice B) –Esse Diário se compõe de duas colunas: (1) Comportamentos Repetitivos; (2) Dias da Semana e do Mês. Sua finalidade é a de viabilizar, num primeiro momento, o registrar desses

comportamentos e, num segundo momento, apresentar freqüência dos comportamentos repetitivos.

c) Diário de Registro Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) (Apêndice D) – Esse Diário, no primeiro momento, quando da coleta de dados para compor a Linha de Base era composto apenas por oito colunas: (1) Dia/hora; (2) Situação; (3) O que pensou? (Sentimento e/ou preocupação); (4) Grau de Ansiedade; (5) Como Agiu?; (6) Grau de Ansiedade; (7) Como Ficou? (8) Coluna da Sessão de Terapia. O Grau de Ansiedade foi o mesmo utilizado para toda a pesquisa: 1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema. A partir do início da intervenção, ou seja, após o período necessário para a Linha de Base, com o uso das técnicas, a nona coluna surgiu nesse Diário – (9) “Usou técnicas? Quais?”. Essa coluna foi apresentada imediatamente após a coluna do “Como agiu?”. A finalidade desse Diário foi a de acompanhar as ações do participante em seu meio ambiente natural, transcritas por ele próprio.

d) Diário de Registro Exercício do Pensamento (Apêndice F)- Composto por sete colunas – (1) Dia/hora; (2) Pensamento Negativo; (3) Grau de Ansiedade; (4) Pensamento Positivo; (5) Grau de Ansiedade; (6) Como ficou? e (7) Grau de Ansiedade, esse Diário teve por finalidade inicial, observar a ocorrência e o tipo de pensamento predominante em cada participante, assim como o nível de tensão que os mesmos manifestavam.

e) Diário Controle e Registro de Pressão Arterial (Apêndice G) – Foi composto pela coluna (1) Período da Manhã e Período da Noite e (2) Dias da Semana – segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo. Sua finalidade foi a de conhecer, em diversos momentos diferentes o real valor da Pressão Arterial do pesquisando Lud.

Questionário de História Vital (Apêndice H) – É um instrumento desenvolvido por Lazarus (1980), com a finalidade de facilitar a coleta de dados sobre a história de vida da

peessoa. Com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas, abarcam 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 instrumento foi entregue ao participante para ser respondido em casa. Mas no setting de pesquisa, todas as respostas foram checadas pela pesquisadora/psicoterapeuta, para a devida ratificação, retificação e ou complementação dos dados apresentados.

Procedimento

Delineamento Experimental

O Controle Experimental foi obtido em todas as condições experimentais através do Delineamento Intraparticipantes com Contrabalanceamento, onde os participantes do Grupo I foram randomicamente inseridos e, do mesmo modo, os participantes do Grupo II, com inversão da ordem dos Grupamentos de Técnicas, de acordo com a Tabela I, a seguir. Assim, os participantes do Grupo I foram submetidos aos quatros grupamentos de técnicas, aplicadas no decorrer de dezesseis semanas. Do mesmo modo, os participantes do Grupo II foram submetidos às mesmas condições, porém, invertendo-se a ordem de aplicação das técnicas.

Tabela I – Esquema do Delineamento Experimental da Pesquisa

Grupos de Participantes	Procedimentos Semanais								
	Linha de Base			Aplicação Grupos Técnicas/Intervenção				Avaliação	Follow up
	1ª a 2ª	3ª a 5ª	6ª a 10ª	11ª a 14ª	15ª a 18ª	19ª a 22ª	23ª a 26ª	27ª a 30ª	40ª
Grupo I: 1. Lud 2. Amábily	a) Entrevista Inicial b) Informações Pesquisa c) Informações Gravações d) Autorização Pesquisa e) Mandato Terapêutico f) Informações sobre TCC g) Entrega Q. H.V.L. h) Catalogando Cptos Recorrentes i) Entrega Diário Cptos Recorrentes j) Conferência e Análise Q. H.V.L. k) Obs Cptos l) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	a) Gravação K7 e VHS b) Conferência e Análise Q. H.V.L. c) Aplicação IDATE, Partes I, II e III d) Entrega de Registro P. F.F e) Definição de Graus de Ansiedade P.F.F f) Hierarquização P. F. e F. g) Entrega Diário Exercício do Pensamento h) Entrega Diário Exercício do Agir i) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	a) Gravação K7 e VHS b) Conferência Diário de Registro Exercício do Pensamento c) Conferência Diário de Registro Exercício do Pensamento e do Agir d) Entrega de novos Diários Exercício do Pensamento e do Agir e) Conferência e Análise Q. H.V.L.	Grupo I a) Controle Respiratório b) Relaxamento c) Gravação K7 d) Conferência e Intervenção Diário Exercício do Agir e) Entrega de novos Diários Controle dos Exercícios do Agir e do Pensamento f) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	Grupo II a) Acalme-se b) Reestruturação Cognitiva c) Gravação K7 d) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e do Pensamento f) Entrega de novos Diários Exercícios do Agir e do Pensamento g) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	Grupo III a) Ensaio Comportamental b) Dessensibilização Sistemática c) Gravação K7 d) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e do Pensamento e) Entrega de novos Diários Exercícios do Agir e do Pensamento f) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	Grupo IV a) Cartas Não-Enviadas b) Gravação K7 c) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e do Pensamento d) Entrega de novos Diários dos Exercícios do Agir e do Pensamento e) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	a) Reaplicação: Diários Pontos Fracos e Fortes; b) Reaplicação: IDATE e sua Complementação c) Filmagem VHS f) Gravação K7 g) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e Pensamento h) Entrega de novos Diários Exercícios do Agir e Pensamento i) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud	a) Observação b) Avaliação c) Gravação K7 d) Filmagem VHS e) Reaplicação Pontos Fracos e Fortes e IDATE e Complementação f) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud

Obs.: Lud, também, utilizou-se, entre a 2ª e 30ª semanas e na 40ª semana, do Diário de Pressão Arterial, em função de seu quadro específico requerer tal procedimento

Grupos de Participantes	Procedimentos Semanais								
	Linha de Base			Aplicação Grupos Técnicas/Intervenção				Avaliação	Follow up
	1ª a 2ª	3ª a 5ª	6ª a 10ª	11ª a 14ª	15ª a 18ª	19ª a 22ª	23ª a 26ª	27ª a 30ª	40ª
Grupo II: 3. Pérola 4. Cristal	a) Entrevista Inicial b) Informações Pesquisa c) Informações Gravações d) Autorização Pesquisa e) Mandato Terapêutico f) Informações sobre TCC g) Entrega Q. H.V.L. h) Catalogando Cptos Recorrentes i) Entrega Diário Cptos Recorrentes j) Conferência e Análise Q. H.V.L. k) Obs Cptos	a) Gravação K7 e VHS b) Conferência e Análise Q. H.V.L. c) Aplicação IDATE, Partes I, II e III d) Entrega de Registro P. F.F e) Definição de Graus de Ansiedade P.F.F f) Hierarquização P. F. e F. g) Entrega Diário Exercício do Pensamento h) Entrega Diário Exercício do Agir	K7 e VHS b) Conferência Diário de Registro Exercício do Pensamento c) Conferência Diário de Registro Exercício do Pensamento e do Agir d) Entrega de novos Diários Exercício do Pensamento e do Agir e) Conferência e Análise Q. H.V.L.	Grupo IV a) Cartas Não-Enviadas b) Gravação K7 c) Conferência e Intervenção Diário Exercícios do Agir d) Entrega de novos Diários dos Exercícios do Agir e do Pensamento	Grupo III a) Ensaio Comportamental b) Dessensibilização Sistemática c) Gravação K7 d) Conferência e Intervenção Diário Exercício do Agir e) Entrega de novos Diários Exercícios do Agir e do Pensamento	Grupo II a) Acalme-se b) Reestruturação Cognitiva c) Gravação K7 d) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e do Pensamento	Grupo I a) Controle Respiratório e Relaxamento b) Gravação K7 c) Conferência e Intervenção Diário Exercício do Agir e do Pensamento d) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e do Pensamento	a) Reaplicação: Diários Pontos Fracos e Fortes; b) Reaplicação: IDATE e sua Complementação c) Filmagem VHS f) Gravação K7 g) Conferência e Intervenção Diários Exercícios do Agir e Pensamento h) Entrega de novos Diários Exercícios do Agir e Pensamento	a) Observação b) Avaliação c) Gravação K7 d) Filmagem VHS e) Reaplicação Pontos Fracos e Fortes e IDATE e Complementação f) Diário de Controle e Registro Pressão Arterial/Lud

Linha de Base

Realizada entre a primeira e décima semanas, a Linha de Base teve como objetivo verificar, por meio de relatos verbais dos participantes, o perfil pretendido para a pesquisa, assim como a observação dos repertórios verbais e não-verbais, importantes para a composição dos dados necessários sobre a história comportamental de cada participante.

1ª e 2ª Semanas - Na primeira semana, foi desenvolvida a entrevista inicial; dadas as explicações básicas de como se desenvolveria este estudo, com todas as informações gerais sobre a pesquisa; bem como a de que todas as sessões desta fase seriam gravadas em K7, para posterior registro por escrito, assim como seriam filmadas em sistema VHS. Foi, também, assinada a *Autorização do Cliente para o Procedimento* (Apêndice J). Um Mandato Psicoterapêutico foi realizado, com acordo de um encontro semanal e individual, de aproximadamente 50 minutos de duração. Foram passadas informações básicas sobre a Psicologia Comportamental e Cognitiva, seguidas da entrega do Questionário Multimodal de História Vital de Lazarus (Lazarus, 1980) - Apêndice H -, uma das técnicas utilizadas para pesquisar a história de vida dos participantes, a ser respondido em casa, como Tarefa de Casa.

O Questionário de História Vital de Lazarus foi entregue ao participante com a seguinte instrução, dada pela pesquisadora/psicoterapeuta:

“Você levará este questionário para ser respondido em casa. Ele abarca questões das diversas fases da vida do ser humano. Responda tão somente as questões que dizem respeito a você. Procure ser o mais detalhista possível. Não tenha receio de escrever as respostas com a coerência do fato ocorrido. Para cada resposta, escreva o sentimento, a emoção que ela tenha lhe gerado. Caso não tenha todas as informações, recorra a um parente que possa lhe ajudar”.

Também neste primeiro encontro foram catalogados comportamentos repetitivos, apresentados durante a sessão. A pesquisadora/psicoterapeuta, após tê-los observado e catalogado durante a sessão, apresentou-os ao participante, ao final deste primeiro encontro e, como Tarefa de Casa, definiu que o próprio participante deveria registrá-los no Diário de Registro de Comportamentos Recorrentes (Apêndice B). Cada Diário de Registro desses comportamentos foi personalizado com o comportamento repetitivo de cada participante, observado nesta primeira sessão/encontro. Foram eleitos para avaliação apenas aqueles comportamentos com maior frequência de ocorrência, com a seguinte instrução:

“Este diário com os seus comportamentos recorrentes, isto é, que se repetem muito, você levará consigo para registrá-los sempre que perceber tê-los apresentados. Como ele é composto pelas colunas “Comportamentos” e sete outras colunas que contemplam os dias da semana (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado e domingo), durante cada dia desse você vai marcar, com um traço, a ocorrência dos comportamentos em questão”.

Na segunda semana foi iniciada a análise do Questionário Multimodal de História Vital de Lazarus (Apêndice H), com a colaboração do participante, para checagem de todas as questões respondidas por ele, com a finalidade de melhor asserção do relato escrito do participante.

A gravação em VHS do encontro foi utilizada com a finalidade de conferir, catalogar e mensurar a ocorrência de comportamentos não-verbais repetitivos, apresentados pelo participante. A câmera filmadora, em VHS, sempre foi ligada antes da entrada do participante no ambiente de pesquisa, a partir deste segundo encontro, assim como o gravador K7, com a

finalidade de que ambos pudessem compor o espaço de pesquisa da forma mais natural possível.

Diário Controle e Registro de Pressão Arterial (Apêndice G) – Neste trabalho o Diário Controle e Registro de Pressão Arterial (Apêndice G) teve a finalidade de atender ao participante Lud, já a partir da segunda sessão. Isso porque Lud ao chegar para participar desta pesquisa, afirmava fazer quadro clínico de Hipertensão no período da manhã, assim que se despertava, e à noite, logo que chegava de seu trabalho. A mãe de Lud foi treinada por sua irmã, médica homeopata, a fazer a conferência da Pressão Arterial do filho e anotar no Diário. Caso desejasse, foi dada a permissão para Lud conferir (olhar) o resultado de sua pressão. No setting da pesquisa, a pesquisadora/psicoterapeuta também realizou a verificação da pressão, em momentos distintos, a partir do segundo encontro, e não discriminados pelo participante: quando ele estava bastante calmo; num momento de muita emoção; em momentos de muita ansiedade. A pesquisadora/psicoterapeuta registrava esses números, por ela aferidos, no Diário. Outra orientação dada à mãe de Lud foi: sempre que ele acordasse, à noite, com Ataque de Pânico, ela deveria conferir a Pressão Arterial do filho para proceder seu registro.

3ª a 5ª Semanas - Prosseguindo na Linha de Base, na terceira semana, continuou-se a checagem das respostas dadas no Questionário de História Vital. Neste terceiro encontro foi feita a aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Apêndice I)– partes I, II e sua Complementação – Sintomas. O IDATE foi aplicado no *setting* de pesquisa/psicoterapia. A metodologia desenvolvida à sua aplicação é a que se encontra no próprio teste; apenas a pesquisadora/psicoterapeuta leu com o participante as instruções nele impressas:

“Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das perguntas da **Parte I** e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a **Instrução** do alto da página. Quando terminar, passe para a **Parte II** e proceda do mesmo modo, depois de ler o ser cabeçalho.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM
TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÃO”.

Só após o participante verbalizar a compreensão destas instruções é que foi aberto o caderno do teste.

Ao participante dispor do caderno de teste em mãos, a pesquisadora/psicoterapeuta, leu com ele as instruções para a Parte I:

PARTE I

“Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento”.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento”.

O mesmo procedimento realizado para o desenvolvimento da Parte I foi adotado com relação às partes II e III, chamada esta última de Complementação/Sintomas.

A avaliação do IDATE seguiu as instruções do Manual de Psicologia Aplicada CEPA (Spielberger, 1979). Na Parte I as questões 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20, tiveram seus valores invertidos para a seguinte avaliação: 4, 3, 2, 1. Já a Parte II, trabalhou a inversão de

valores das seguintes questões: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19. A Parte III, manteve a ordem de valores para todas as questões. Somados os valores de respostas dados pelo participante nas Partes I, depois na II, esse resultado em A-Estado (Parte I) e A-Traço (Parte II) foi lançado na Tabela 1, página 40 do Manual de Psicologia Aplicada – CEPA, na categoria Secundários, com a devida observação da topografia sexo, para serem alcançados os Escores “T” Normalizados de Traço e Estado do teste. Enquanto a Parte III ou Complementação/Sintomas, trabalhou o seu resultado alcançado pela soma dos valores dados a cada questão e, seguindo as instruções do próprio Spielberger (1979). Esses valores foram avaliados segundo a mediana, ou seja, a sintomatologia ansiogênica como pequena ou de alta intensidade, tendo por referência a mediana da pontuação, sendo um mínimo de 23, ou pequena intensidade ansiogênica e um máximo de 92 ou alta intensidade ansiogênica. Assim, a mediana está em 57, portanto, onde a intensidade da sintomatologia ansiogênica é considerada normal.

Na quarta semana foi entregue o Registro de Pontos Fracos e Pontos Fortes (Apêndice A). O participante levou-o para casa e, como Tarefa de Casa, preencheu as colunas de Pontos Negativos ou Fracos e Positivos ou Fortes.

Na quinta semana, com o apontamento pelo participante de seus Pontos Fracos e Pontos Fortes, no Diário de Registro, o pesquisando, contando com a ajuda da pesquisadora/psicoterapeuta, definiu a cada um dos pontos (Fracos e Fortes) o grau de ansiedade (1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema). Em seguida, tais pontos foram hierarquizados.

A pesquisadora/psicoterapeuta perguntou ao pesquisando:

-- Qual é o Ponto Fraco que você considera mais intenso, em você, que lhe provoca maior prejuízo?;

-- Qual o segundo Ponto Fraco que você considera mais intenso, em você, que lhe provoca maior prejuízo?, etc., até chegar ao último Ponto Fraco, ou seja, ao fim da hierarquização.

Igualmente ao Ponto Fraco, no Ponto Forte também foi utilizada a mesma escala de ansiedade, já definida anteriormente. O mesmo procedimento, também, foi realizado para a hierarquização dos Pontos Fortes ou Positivos:

-- Destes, qual é o Ponto Forte mais intenso em você?;

-- Destes, qual é o segundo Ponto Forte mais intenso em você? e, assim, sucessivamente, até chegar ao último Ponto Forte mais forte do participante.

Outra etapa inserida na Linha da Base foram os registros do Exercício do Pensamento e do Exercício do Agir (Apêndices D e E) Esses Diários de Registros foram entregues na quinta semana. Os participantes recebiam as seguintes instruções:

“Diário de Registro Exercício do Pensamento - Você levará para casa este diário (Apêndice F) para registrar os pensamentos negativos que vier a ter, com relação a qualquer situação. Pensamento de descrença, de desesperança, ou seja, qualquer pensamento negativo. Você preencherá a coluna de data e horário da ocorrência do pensamento; em seguida descreverá, na coluna do pensamento negativo, o pensamento que lhe ocorreu. E, posteriormente, preencherá a coluna grau de ansiedade. Você definirá qual o grau de ansiedade que o pensamento negativo tenha lhe causado, marcando um “X” no número correspondente ao grau apropriado: 1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema. Procure estar sempre com esse diário em mãos para realizar o devido registro sempre que lhe ocorrer um pensamento dessa natureza, ou seja, negativo”.

Diário de Registro Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) (Apêndice D) –

Quanto ao Diário do Exercício do Agir foram dadas aos participantes as seguintes instruções:

A partir de hoje, também, você levará consigo esse diário de registro para que possa registrar as situações que lhe geram ansiedade. Sempre no tempo mais próximo da ocorrência da situação para que a emoção, que vier a sentir, possa ser transcrita no registro. Você preencherá as colunas:

- a) data e horário - para que eu possa saber em que momento ocorreu a situação;
- b) situação – descreva com o maior detalhe que puder os fatos ocorridos na situação;
- c) pensamento (sentimento e/ou preocupação) - que a referida situação tenha lhe causado. Observe o sentimento, a preocupação que esse pensamento gera em você e faça a transcrição deles;
- d) grau de ansiedade - é muito importante que você assinale com um “X” o número correspondente ao grau de ansiedade provocado pela situação: 1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema.
- e) como agiu – relate a forma que você agiu, diante dessa situação
- f) grau de ansiedade – mais uma vez volte a marcar o “X” no número que corresponda ao grau de ansiedade (1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema) que a sua ação tenha gerado em você.
- g) como ficou – por último escreva como você ficou após ter agido, independente de qual ação tenha realizado.

6ª a 10ª Semanas – Durante essas semanas este estudo se desenvolveu apenas com a conferência dos diários de registros; com a entrega de novos diários de registros, a conclusão conferência e análise do Questionário Multimodal de História Vital de Lazarus, assim como a

gravação em K7 e VHS de todos esses encontros, para melhor avaliação das classes de comportamentos repetitivos, registrados pela câmera filmadora a partir da primeira semana da pesquisa.

Intervenção

11^a a 26^a Semanas - Desenvolvida durante dezesseis semanas, a contar da décima primeira semana, esta fase contou com a aplicação de sete técnicas da Terapia Comportamental e Cognitiva, definidas a este estudo: (1) Controle Respiratório; (2) Relaxamento; (3) A.C.A.L.M.E. - S.E.; (4) Reestruturação Cognitiva; (5) Ensaio Comportamental; (6) Dessensibilização Sistemática; (7) Cartas Não-Enviadas, distribuídas em quatro grupamentos, randomicamente definidos.

Este estudo foi assim organizado visando avaliar o grau de ansiedade e seus registros verbais escritos, como um método para o controle das respostas de ansiedade em pessoas portadoras dos Transtornos de Ansiedade.

Os participantes do Grupo I foram submetidos aos quatro grupamentos de técnicas, aplicadas ao longo de dezesseis semanas. Do mesmo modo, os participantes do Grupo II foram submetidos às mesmas condições, porém, invertendo-se a ordem de aplicação das técnicas.

As técnicas sempre foram realizadas concomitante à avaliação do grau de ansiedade em que o participante se encontrava: 1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema.

As técnicas só foram apresentadas aos participantes após a pesquisadora/psicoterapeuta ensinar-lhes o significado da ansiedade – normal = básica e anormal = patológica. Esse procedimento de aprendizagem foi-lhes apresentando da seguinte forma, de acordo com Craske e Barlow (1999): o Sistema Nervoso Autônomo é o Sistema Nervoso da vida de relação, ou seja, aquele que relaciona o organismo com o meio. Ele se

divide em Simpático e Parassimpático. O SNA Simpático é também conhecido como o Sistema do Tudo ou Nada. Quando ele é ativado, todos os órgãos respondem juntos. Por isso, a pessoa apresenta reações fisiológicas como: taquicardia, sudorese, calafrios, ânsia de vômito, tremor, fadiga, dores torácicas, visão turva, dormência, boca seca, liberação dos esfíncteres, contrações estomacais e intestinais, dificuldade para respirar, etc. E, à medida que ela foca a sua atenção nesses respondentes fisiológicos, eles parecem aumentar de intensidade. A consequência imediata é: medo intenso, sofrimento, angústia e ansiedade desproporcional ao estímulo que a originou. Com esse repertório comportamental, a pessoa aumenta a ativação do SNA Simpático, que libera ainda mais adrenalina e noradrenalina no organismo. Uma vez que a ansiedade não pode ir sempre aumentando sua intensidade, para não gerar uma consequência ainda mais grave, como um colapso do Sistema Nervoso Autônomo - assim como acontece com os fios de energia elétrica quando há uma sobrecarga de energia gerando um curto-circuito - entra em atividade o SNA Parassimpático. Este Sistema bloqueia a ação do SNA Simpático, gerando um estado de relaxamento. Ainda assim, o comportamento normal esperado é um estado fisiológico de cansaço intenso, fadiga, prostração e sonolência. Além de ocasionar, também, diminuição da atenção, da concentração, memória, vontade, fazer, agir e da força, ou seja, da energia. Desta forma a pessoa passa a apresentar menor resultado que a sua capacidade, por ter gerado nela um quadro de estresse importante.

Ao demonstrar a co-ocorrência entre ansiedade normal, ansiedade patológica, pensamento positivo, pensamento negativo, SNA Simpático, SNA Parassimpático e suas consequências, a pesquisadora/psicoterapeuta fez a apresentação das técnicas, segundo o programa de manuseio das mesmas.

Assim as técnicas foram agrupadas ao Grupo I de Participantes, isto é, aos participantes Lud e Amábily, sendo aplicadas a cada duas semanas, em média, obedecendo à

seguinte hierarquia de apresentação das mesmas, pois um novo grupamento de técnicas só foi apresentado quando o participante apresentava domínio sobre o grupamento anterior:

a) **Grupo I:** Controle Respiratório e Relaxamento. Introduzidas entre a 11^a e 14^a semanas.

A pesquisadora/psicoterapeuta assim aplicou o Controle Respiratório, estando o participante deitado no divã, tendo ao fundo música instrumental para relaxamento:

“Deite-se no divã. Feche os olhos. Inspire profundamente o ar pelas narinas, mantendo a boca fechada, até alcançar a sensação de pulmões cheios. Prenda o ar... (pausa de seis segundos). Entreabra a boca e deixe o ar sair lentamente... (pausa de doze segundos). Agora você vai imaginar uma vela acesa à altura de sua boca... (pausa de doze segundos). Com a imagem da vela acesa, próxima de sua boca, volte a inspirar o ar, pela narina, com a boca fechada... (pausa de seis segundos). Mantendo a imagem da vela acesa em seu cérebro, entreabra a boca e deixe o ar sair lentamente... (pausa de doze segundos)”.

Tais instruções foram repetidas, sempre em número de seis vezes.

Já o procedimento desenvolvido, nesta pesquisa, para o Relaxamento Autógeno de Schults (1932, apud Caballo, 1996), precedido pelo Controle Respiratório, portanto com o participante deitado sobre o divã, tendo os olhos fechados, foi:

“Com os olhos fechados, respirando lentamente, discrimine o movimento normal próximo ao consultório, isto é, rua, carros, vozes. Discrimine cada som diferente gerado por este movimento normal... (pausa de 12 segundos). Agora, discrimine os sons próximos a você, ou seja, minha voz, a música aqui no consultório, o tique-taque

do relógio, enfim, busque discriminar os diversos tipos de sons que estão sendo produzidos aqui em nosso consultório... (pausa de 12 segundos). Volte-se, agora, para seu corpo. Procure discriminar os diversos sons emitidos pelo funcionamento dos seus órgãos, ou seja, cabeça, rosto, pescoço, coração, pulmões, estômago, intestinos, ou seja, todos os órgãos de seu corpo.... (pausa de 12 segundos). Neste momento, você vai sentir e utilizar, encobertamente, cada órgão de seu corpo. Sinta a estrutura, a forma e a textura de:

- a) seu cérebro... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- b) seu rosto... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- c) seu pescoço, ombro, costas e braços... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- d) seus ombros... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- e) seu tórax e abdômen... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- f) suas pernas... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;
- g) seus pés... (pausa de 12 segundos). Discrimine se há alguma tensão; se houver, expulse-a, relaxando profundamente sua musculatura;

Agora sinta todo o seu corpo relaxado... muito relaxado... profundamente relaxado. Perceba como sua respiração está leve, suave e tranqüila, muito tranqüila. Sinta prazer em respirar desta forma. Mais prazer, muito prazer!

A seguir a pesquisadora/psicoterapeuta deu ao participante a seguinte sugestão, estando ele relaxado e com a respiração bastante tranqüila, e ela utilizando-se de voz baixa e suave:

“Se perceba no alto de uma colina tendo o seu corpo leve, tão leve com capacidade de flutuar... (pausa de 12 segundos). Visualize todos os detalhes da natureza que compõe esta colina: cores da vegetação, energia, luminosidade, a brisa, o prazer e a tranqüilidade propiciados por este ambiente. Permita que o seu corpo absorva todas as sensações agradáveis que esta paisagem gera”.

O término dessa descida se dava em um lugar, já sabido, previamente, como sendo agradável à pessoa em relaxamento:

“Então, aproveite o máximo de prazer, de alegria, de bem-estar que (nome do lugar agradável à pessoa) gera em você... (pausa de 24 segundos). Agora que você se sente relaxado, tranqüilo, vamos retornar à colina. Inicie a subida para o topo da colina observado cada detalhe desta natureza: o prazer e a tranqüilidade propiciados por este ambiente... (pausa de 6 segundos); observe os efeitos da brisa em seu corpo... (pausa de 6 segundos); a luminosidade e a energia desta natureza... (pausa de 6 segundos); as cores de sua vegetação... (pausa de 6 segundos)”.

De volta ao alto da colina, a pesquisadora/psicoterapeuta sugeriu ao participante se manter, durante os próximos dias com a tranqüilidade, o prazer, a energia, que ora sentia, com a seguinte verbalização:

“Você vai se manter seguro, calmo e determinado em estar sempre se relaxando e controlando sua respiração, durante os próximos dias, como está agora”.

Este procedimento sempre foi concluído quando a pesquisadora/psicoterapeuta contava, regressivamente de 5 a 1, em intervalos de 10 segundos, determinando à pessoa abrir os olhos em seguida e, claro, fazendo toda a entrevista de feedback, para checar os resultados alcançados ou provocados pelo uso destas técnicas.

b) **Grupo II:** Treinamento no Seguimento dos Oito Passos Específicos para o Controle da Ansiedade (A.C.A.L.M.E. -S. E.), realizado segundo as normas da literatura em questão (Rangé, 1998) e Exercício de Reformulação de Auto-Regras (Reestruturação Cognitiva), foram introduzidas entre a 15^a e 18^a semanas; podendo ser utilizadas durante todo o restante do procedimento de intervenção psicoterapêutica desta pesquisa. A orientação dada aos participantes para a realização do A.C.A.L.M.E. -S. E. foi:

“Sempre que se sentir muito ansioso, muito agitado e irritado, procure aceitar seu estado de ansiedade totalmente. A estratégia do A.C.A.L.M.E. -S.E o ajudará a aceitar a ansiedade, até que ela desapareça. Faça um a um os oito passos para lidar com a ansiedade, assim como descrevi a você”:

1 – Aceite sua ansiedade – Aceite as sensações de seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido. Decida estar com sua experiência. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por aceitação. Não lute contra ela.

2 – Contemple as coisas em sua volta – Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Olhe à sua volta, observando cada

detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna.

3 – Aja com sua ansiedade – Normalize a situação. Aja como se você não estivesse ansioso. Diminua o ritmo, a velocidade com eu você faz as coisas, mas mantenha-se ativo. Continue agindo bem devagar!

4 – Libere o ar de seus pulmões, bem devagar! Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três devagarzinho, na inspiração e até seis, na expiração. Ao exalar, não sobre: apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

5 – Mantenha os passos anteriores – Repita cada um, passo a passo.

6 – Examine agora seus pensamentos – Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não. Há outras maneiras de você entender o que lhe está acontecendo? Ou seja, faça aqui a Reestruturação Cognitiva.

7 – Sorria, você conseguiu! Você conseguiu sozinho e com os seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

8 – Espere o melhor – Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado, definitivamente, de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo. Ela ocorrerá sempre que você estiver em perigo ou eu você pensar que está em perigo. Surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora.

Faça esta técnica quantas vezes forem necessárias, ao longo de seu dia. Em seguida, registre tudo que através dela você observou em seu corpo e seu meio ambiente, no Diário de Registro Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir)”.

Já a Reestruturação Cognitiva, iniciada na Linha de Base, com o Diário de Registro Exercício do Pensamento, passa, nesta fase, a contar com as colunas “Pensamento Positivo”, “Grau de Ansiedade” e “Como Ficou?”, com a finalidade de se introduzir a reestruturação dos pensamentos negativistas e catastróficos, isto é, a troca do pensamento negativo por um positivo, mas evidenciado dentro da realidade dele mesmo.

Para realizar tal registro, ou seja, desenvolver tal técnica, a pesquisadora/psicoterapeuta forneceu a seguinte instrução ao participante:

“A partir de hoje, o nosso Diário de Registro do Exercício do Pensamento ganha novas colunas, além das já existentes. Veja: sempre que lhe ocorrer um pensamento negativo, você fará o registro devido dele e do grau de ansiedade, por ele gerado. Depois, então, trocará esse pensamento negativo por um positivo, mas que seja real à sua vida. Acredite nesse pensamento positivo. Então, faça o registro dele, em sua coluna e, a seguir, marque o grau de ansiedade que ele lhe gere. Finalmente, preencha a coluna “Como Ficou?”, após ter realizado essa reestruturação cognitiva. Assim, de agora em diante, sempre que lhe ocorrer um pensamento negativo, você fará a reestruturação cognitiva, com o devido registro neste diário”.

c) **Grupo III:** Ensaio Comportamental e Dessensibilização. Introduzidas entre a 19^a e 22^a semanas; podendo ser utilizadas a partir deste momento até o final da pesquisa. A Dessensibilização Sistemática foi desenvolvida segundo o procedimento apresentado por

Ralph M Turner, *apud* Caballo (1996). Essa técnica foi utilizada com a finalidade de diminuir, gradativamente, a intensidade de respostas ansiogênicas. Nesta pesquisa ela foi realizada em dois momentos: 1º - de forma encoberta, ou seja, através da exposição encoberta, no consultório cada estímulo aversivo foi apresentado à pessoa, em estado de relaxamento; no 2º momento, houve a exposição ao vivo para cada estímulo gerador de muita ansiedade. Os passos seguidos por esta técnica foram os descritos a seguir:

- a) inicialmente o participante apontava os estímulos que lhe causavam respostas de intensa ansiedade;
- b) em seguida, hierarquizava esses estímulos pelo grau de ansiedade: 1 = Pouca; 2 = Moderada; 3 = Muita e 4 = Extrema. Quando ocorrida a repetição do mesmo grau de ansiedade, esses estímulos foram agrupados e o participante tinha que hierarquizá-los de forma nominal;
- c) após, foi elaborado o programa de dessensibilização a esses estímulos de forma progressiva e cumprindo os dois momentos já descritos acima;
- d) nesta técnica os diários do Exercício do Agir e Exercício do Pensamento, foram instrumentos bastante utilizados pelos participantes.

Já a técnica Ensaio Comportamental foi utilizada sempre que o participante se dizia paralisado por qualquer que fosse a situação, ou mesmo, diante de tal situação enfrentava muito medo e a conseqüente resposta corporal desconfortável.

O procedimento utilizado foi:

“Descreva-me, em detalhes essa situação (orientava a pesquisadora/psicoterapeuta)...
pausa para a pesquisadora ouvir a descrição... Agora você continuará no seu papel e eu assumirei o papel desse estímulo que lhe gera muita ansiedade”.

Esse primeiro momento do Ensaio Comportamental transcorria sem que a pesquisadora/psicoterapeuta fizesse intervenção alguma. Ao concluí-lo a pesquisadora/psicoterapeuta promovia uma avaliação/discussão, do comportamento encenado, levando o participante a discriminar a causa de suas conseqüências:

“Agora você vai pensar, neste momento, numa outra forma para se comportar, diante desse mesmo estímulo. Veja se não há uma forma mais assertiva de você agir, para que as conseqüências sejam positivas. Tão logo você tenha chegado a esse novo comportamento, verbalize-o para que eu possa compreendê-lo bem. Depois, então, faremos um novo ensaio comportamental”.

Nesse momento, então, a pesquisadora/psicoterapeuta assumia o papel do participante, agora reestruturado por ele e, o participante interpretava o papel do estímulo ansiogênico, visando uma nova asserção comportamental.

d) **Grupo IV:** Cartas Não-Enviadas. Introduzida entre a 23^a e 26^a semanas, podendo ser utilizada até o final do processo desta pesquisa. As Cartas Não-Enviadas foram utilizadas sempre que o participante apresentava uma situação traumática. Em casa, como Tarefa, o participante as escrevia. Muito mais importante que a definição do tempo para realizá-las foi a orientação aos participantes:

“Você vai escrever a carta para esta situação ou pessoa da forma mais completa. Enfrentando a ansiedade, vai escrever-lhe sobre as conseqüências positivas e, especialmente as negativas que ela tem lhe gerado. Vai lhe escrever sobre o que tudo isso gerou-lhe em sua emoção, em seu comportamento em seu sentimento. Diga-lhe o

que sente por ela. Enfim, fale tudo que esta pessoa ou situação fez ficar aprisionado aí em seu mundo privado. Lembre-se, você conta com as técnicas para controlar a ansiedade. Jamais deixe de usá-las”.

Tão logo o participante concluía essa tarefa, a pesquisadora/psicoterapeuta a trabalhava com o seguinte procedimento: inicialmente realizava as Técnicas de Controle Respiratório e Relaxamento Autógeno de Schults. Com o participante em relaxamento profundo, a pesquisadora/psicoterapeuta procedia à leitura da carta, sob o som de música instrumental de relaxamento, em decibéis bastante baixos, tendo sua voz a melodia que o teor da carta exigia. O participante era estimulado, também, a:

“Agora ouça a pessoa ou situação... Observe os seus comportamentos, discrimine os motivos reais desta situação que tanto trauma lhe gerou... Fale com o seu interlocutor outros dados que ainda se mantenham, por ventura, aprisionados em seu mundo privado... Procure ouvir as reais explicações de seu interlocutor”.

Esse processo sempre foi concluído com a pesquisadora/psicoterapeuta dirigindo o retorno das etapas do relaxamento, passo a passo, como anteriormente.

Finalmente, a pesquisadora/psicoterapeuta orientava o participante a fazer, como Tarefa de Casa, uma descrição de toda a sessão, com a finalidade de buscar a aprendizagem e os apontamentos de fatos ainda conflituosos a respeito da situação em questão. Esses dados se transformaram em material trabalhado em sessões seguintes.

O tempo empreendido com o emprego destas três técnicas: Treino Respiratório, Relaxamento e Cartas Não - Enviadas, nunca foi inferior a 50 minutos.

As sessões, com esta finalidade, foram realizadas em ambiente físico apropriado, que proporcionou ao participante total conforto, segurança e privacidade: música instrumental de fundo – em decibéis bem baixos; iluminação em forma de penumbra; divã confortável; participante com roupas adequadas, com a finalidade de lhe gerar maior conforto; terapeuta com tom de voz apropriado para que, mesmo estando o participante em estado de relaxamento profundo, discriminasse a pesquisadora/psicoterapeuta como objeto partícipe deste seu momento.

Para o Grupo II de Participantes, composto por Pérola e Cristal, foi realizado o contrabalanceamento das técnicas, com a finalidade de avaliar se a ordem de aplicação poderia gerar alguma alteração nos resultados. A hierarquia de introdução dos grupamentos de técnicas a esse Grupo de Participantes foi:

a) **Grupo IV:** Cartas Não-Enviadas. Introduzidas entre a 11^a e 14^a semanas; podendo ser utilizadas durante o procedimento de intervenção psicoterapêutica desta pesquisa;

b) **Grupo III:** Ensaio Comportamental e Dessensibilização Sistemática. Introduzidas entre a 19^a e 22^a semanas; podendo ser utilizadas durante o procedimento de intervenção psicoterapêutica desta pesquisa;

c) **Grupo II:** Treinamento no Seguimento dos Oito Passos Específicos para o Controle da Ansiedade (A.C.A.L.M.E. -S. E.) e Exercício de Reformulação de Auto-Regras. Introduzidas entre a 23^a e 26^a semanas, podendo ser utilizadas durante o procedimento de intervenção psicoterapêutica desta pesquisa;

d) **Grupo I:** Treino Respiratório e Relaxamento. Introduzida entre a 15^a e 18^a semanas; podendo ser utilizada durante o procedimento de intervenção psicoterapêutica desta pesquisa;

Destaca-se, aqui, que o procedimento para a aplicação destas técnicas foi o mesmo utilizado e já descrito no Grupamento I de Participantes, porém, já dito anteriormente, tendo esse Grupamento sido realizado com a inversão das técnicas.

Diário de Registro Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) (Apêndice D)– Nesta fase da pesquisa, esse Diário passa a contar com a coluna “Usou técnicas? Quais?” e complementada sempre que um novo grupamento de técnicas passou a ser utilizado pelo participante, de forma progressiva, isto é, à medida que as técnicas foram sendo ensinadas ao participante, para que ele pudesse delas utilizar-se em momentos de ansiedade, visando o autocontrole de seus comportamentos públicos e privados, inclusive os encobertos. Esta coluna foi inserida entre a coluna “Como Agiu?” e o seu respectivo “Grau de Ansiedade”. Para esta coluna foi dada a seguinte orientação aos participantes:

“A partir deste momento em que você passa a contar com o apoio das técnicas, procure agir com o apoio delas. As técnicas que você estiver usando estarão apresentadas em seu diário. Depois de agir, venha a esta coluna e marque com um “X” a técnica ou as técnicas que você tenha feito uso. As demais colunas deste diário você já tem domínio delas, devendo continuar o procedimento, fazendo o devido registro em cada uma”.

A última coluna deste Diário de Registro – “Coluna da Sessão de Terapia” – foi utilizada pela pesquisadora/psicoterapeuta, sempre que houve a necessidade de levar o participante a avaliar e, conseqüentemente, discriminar uma nova ordem comportamental mais adequada, mais assertiva, visando a correção dos erros cognitivos e dos comportamentos inadequados.

Diário Controle e Registro de Pressão Arterial (Apêndice G) – O mesmo procedimento realizado na Linha de Base, tanto na casa do participante Lud, por sua mãe, quanto no *setting* da pesquisa, pela pesquisadora/psicoterapeuta, foi mantido nesta Fase de Intervenção.

Avaliação

27^a a 30^a Semanas - Esta terceira fase deste estudo foi realizada entre a vigésima sétima e trigésima semana. Nela, além da continuidade do uso das sete técnicas, ministradas aos participantes, foi o momento de avaliação dos eventos geradores de ansiedade a cada um dos sujeitos, dos repertórios comportamentais dos sujeitos, para possibilitar a confrontação de dados com a Linha de Base. Desta forma, ela se transformou no momento de utilização de instrumentos, definidos pela pesquisa, para a nova mensuração do nível de ansiedade.

Diário de Registro Pontos Fracos e Fortes (Apêndice A) - Na vigésima nona semana, portanto, após a introdução de todas as técnicas, um novo Diário de Registro, com seus Pontos Fracos e Pontos Fortes (Apêndice A) foi apresentado aos pesquisandos, mas tendo as colunas de “Hierarquização” e “Graus de Ansiedade” em branco, apenas com a coluna de Pontos Fracos ou Fortes, preenchida com os itens por ele definidos na Linha de Base. Ao participante coube, tão somente, sob a supervisão da pesquisadora/psicoterapeuta, preencher as colunas em branco, com a seguinte orientação:

“No princípio desse nosso estudo você apontou os seus Pontos Negativos. Neste Diário eu os apresento a você. A alteração é que deixei as colunas de Hierarquização desses pontos e Grau de Ansiedade em branco para que você reavalie cada Ponto desses. Alerto-lhe que não mantive a ordem da hierarquia que você realizou no primeiro momento de nossa pesquisa. Você também poderá complementar esses

pontos, caso queira. Agora, então, hierarquize esses pontos e defina o grau de ansiedade que, neste momento de sua vida, eles geram”.

Após essa nova avaliação, pelo participante, foram-lhe apresentados os resultados dessa sua avaliação na Linha de Base e neste momento, com um novo Diário que contemplava os dados da Linha de Base, assim como os novos dados da Fase de Intervenção. Esse mesmo procedimento, de nova avaliação foi desenvolvido para os Pontos Fortes, assim como foi a mesma a orientação para a realização desta etapa da pesquisa.

IDATE (Apêndice I) – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Apêndice I), com suas Partes I, II e a III, chamada de Complementação/Sintomas foi reaplicado, seguindo os mesmos procedimentos realizados na Linha de Base.

Gravação – Todas as sessões desta fase foram gravadas em K7 e em VHS, com a finalidade de avaliação dos objetivos anteriormente mencionados. O procedimento foi o mesmo realizado a partir da segunda semana de realização da pesquisa.

Follow up

40ª Semana - Desenvolvida durante a quadragésima semana da pesquisa, dez semanas após o término da Fase de Avaliação, teve a finalidade de acompanhar a evolução apresentada por cada um dos participantes quanto ao grau de ansiedade, repertórios comportamentais, para possibilitar uma avaliação progressiva do resultado alcançado por este estudo de pesquisa com intervenção psicoterapêutica. Além das técnicas, os participantes utilizaram-se, também, dos diversos Diários de Registros. Os procedimentos nela desenvolvidos e já descritos anteriormente foram:

- a) Gravação em K7 e VHS da sessão de cada um dos participantes;
- b) Reaplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Parte I, Parte II e Parte III;

- c) Reapresentação dos Pontos Fracos e Fortes para, mais uma vez, serem hierarquizados, definidos os graus de ansiedade e, caso necessário fosse, realizada sua complementação. A pesquisadora/psicoterapeuta já contando com uma planilha, na qual havia a Hierarquização e Grau de Ansiedade da Linha de Base, Avaliação, complementa, agora, com os dados da Fase de Follow up. Composta a planilha com os três momentos distintos da pesquisa, o participante pode avaliar o seu autoconhecimento:

“Agora que você, mais uma vez acaba de hierarquizar e definir novos graus de ansiedades para os seus Pontos Fracos e Fortes, desejo que observe essa planilha, na qual coloquei os dados, apresentados por você na Linha de Base, nas Fases de Intervenção e Avaliação e, agora, com esta que é a última fase de nossa pesquisa. Observe atentamente para verbalizar sua discriminação sobre esse exercício, nestas quatro fases”.

- d) Avaliação e Controle da Pressão Arterial, aplicados apenas para o pesquisando Lud.

Este procedimento experimental pode ser melhor avaliado na Tabela I, que esquematiza as quatro fases desta pesquisa, desde a primeira à quadragésima semana: Linha de Base, Intervenção, Avaliação e Follow up.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos com quatro participantes – Grupo I de Participantes: Lud, um adolescente, com diagnóstico de Ansiedade Generalizada, Pânico e Hipertensão, com comorbidade para Fobia Social; e Amábily, pessoa adulta, diagnosticada com o Transtorno de Ansiedade Generalizada, com comorbidade para Depressão; Grupo II de Participantes: Pérola, pessoa adulta, portadora do Transtorno de Ansiedade Generalizada, pessoa suicida em potencial, com comorbidade para Depressão e Cristal, uma adolescente, diagnosticada com Ansiedade Generalizada, Pânico e Gastrite Nervosa, são apresentados a seguir.

A análise dos dados, a seguir, focaliza resultados individuais, apresentados em tabelas, gráficos, em fases distintas: Linha de Base, Intervenção e Avaliação e Follow up. Além de fragmentos de sessões, Cartas Não-Enviadas, fragmentos de Cartas Não-Enviadas e análise global dos Diários de Registros utilizados por cada participante.

Os resultados, em forma de frequência e percentagem serão apresentados, um-a-um, de forma integral do conteúdo pesquisado, na ordem do Grupo de Participantes, mencionada anteriormente.

Participante 1 - Lud**Tabela II - Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 1**

Comportamentos Frequentes	Frequência e %		Avaliação		Follow up		Frequência Total
	Linha de Base 1 ^a a 10 ^a Semanas		27 ^a a 30 ^a Semanas		40 ^a Semana		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Balançar as pernas	153	89,47	16	9,36	02	1,17	171
Passar a mão no cabelo na altura do pescoço	93	82,31	17	15,04	03	2,65	113
Tocar os lábios com os dedos das mãos	66	85,72	09	11,69	02	2,60	77
Respirar profundamente	58	93,55	03	4,84	01	1,61	62
Tocar os olhos com mãos	47	83,93	07	12,5	02	3,57	56

A Tabela II mostra a frequência de comportamentos repetitivos, apresentados pelo participante, quando se desenvolveu a Linha de Base desta investigação, ou seja, entre a primeira semana de janeiro de 2001 e a terceira de março do mesmo ano; quanto nas fases de Avaliação – realizada entre a segunda semana de julho e primeira semana de agosto de 2001 quando já havia a possibilidade de uso de todas as técnicas pelo participante - e Follow up – desenvolvida na primeira semana de outubro/2001. Como pode ser observado, na referida Tabela, o comportamento mais freqüente era o de “balançar as pernas” (Linha de Base = 153). Os números da Tabela II indicam que Lud reduziu, acentuadamente, todos os comportamentos repetitivos, ao longo do programa de tratamento.

Fragmentos de Sessão

Lud -- Olha, realizar essa tarefa é um saco! A todo o momento eu tenho que parar o que estou fazendo para registrar. Não, não quero fazer essa tarefa! Substitui ela por outra, por favor!

P/P – Lud, vamos insistir um pouquinho mais com ela. Veja, aqui no consultório, também eu, a todo o momento, tenho que fazer essa anotação!

Lud – Sabe qual é o pior? É que quando vou preencher a outra tarefa, a do Agir, eu estou percebendo que é tudo por medo. Estou sempre pensando que as coisas comigo não vão dar certo. Estou sempre pensando que vou perder, como perdi o meu pai. Estou sempre pensando que vou morrer!

Como revelam os números apresentados na Tabela II - Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência, ao final da fase de Follow up, os percentuais de frequência apresentam uma redução acentuada à fase de Linha de Base. Especialmente o comportamento de “respirar profundamente”, apresentando uma redução de 91,94% em seu percentual de frequência.

Fragmentos de Sessão

Lud – Acho que encontrei a resposta para esses meus comportamentos feios! Escrever nesses diários me leva a pensar sobre a minha vida de uma forma diferente da que sempre penso: que vou morrer, que nada vai dar certo, essas coisas bobas todas.

P/P – Qual foi a sua conclusão?

Lud – Logo que eu cheguei, aqui, você me deu uma aula sobre o Simpático e Parassimpático, não foi?

P/P – Sim, mas em que esta aula lhe favoreceu a esta conclusão?

Lud – Veja se pensei certo. Observei, olhando nos diários do Agir que quando faço o comportamento repetitivo, sempre antes dele acontecer eu estava com um pensamento desses que você fala de catastrófico, negativista. Então, eu aciono o Simpático de uma só vez e quem sofre é o meu corpo que passa a reagir como se eu estivesse passando mal. E, daí

aumenta o pensamento de que estou tendo crise de hipertensão, de que vou morrer, de que preciso de um hospital.

P/P – Muita boa esta sua percepção! Mas e quanto à permanência do comportamento repetitivo, como corrigir isso?

Lud – Tenho que fazer o que sempre você me pede: dar o comando de voz para parar. Tenho que avaliar a evidência dos fatos. Tenho que substituir os pensamentos negativos. Além do que é muito chato ter que registrar esses comportamentos e, por último, me percebendo com esses comportamentos na presença de pessoas normais.

O simples fato de registrar os comportamentos repetitivos, sem intervenção direta nos mesmos, gerou a diminuição da frequência de ocorrência desses comportamentos. Atualmente, Lud ainda os apresenta, mas a frequência é muito baixa em relação à frequência coletada na Linha de Base, como demonstra a Tabela II de Comportamentos Repetitivos e Frequência.

Tabela III - Pressão Arterial do Participante 1

Máxima e Mínima: mmHg	Linha de Base		Intervenção		Avaliação		Follow up	
	1 ^a a 10 ^a Sem.		11 ^a a 26 ^a Sem.		27 ^a a 30 ^a Sem.		40 ^a Sem.	
Tempo Manhã	Máx	Min	Máx	Min	Máx	Min	Máx	Min
	120x60	110x50	120x60	110x50	120x50	110x50	120x50	110x50
Noite	110x60	110x40	110x60	110x40	110x60	110x50	110x50	100x40

A Tabela III mostra a Pressão Arterial máxima (sistólica) e a mínima (diastólica) do participante Lud, em todas as fases desta pesquisa. Diariamente sua Pressão Arterial foi

aferida pela manhã e no princípio da noite, em casa, e nos diferentes momentos de emoção, no setting da pesquisa. Através dos números apresentados nesta Tabela pode-se observar que não houve alteração para maior ou para menor Pressão Arterial. O participante, ainda que em quadro de Ataques de Pânico, ao contrário de sua então cognição, jamais alterou seus níveis sistólicos e diastólicos de Pressão Arterial. O maior registro ficou em 120x60mmHg e menor registro em 100x40mmHg. Lud, tampouco, compõe o grupo de risco cardiovascular, que é de Pressão Arterial de 140x90mmHg. Os números apresentados pelo participante, segundo a própria literatura médica que considera como grupo de Pressão Arterial Normal aqueles que compreendem até 139x99mmHg, compõem quadro de Pressão Arterial Normal.

Pesquisas indicam que pessoas portadoras de Diabetes Mellitus podem discriminar estados glicêmicos (Malerbi e Matos, 1992; Malerbi, 1995a, 1995b, 1997). Trabalhando nesta linha, este trabalho reforçou em Lud, um novo repertório de respostas apropriadas aos prováveis quadros de Hipertensão Arterial, que julgava estar acontecendo, com procedimentos de *discriminação operante*. Durante o treino de discriminação de respostas apropriadas, Lud observava e registrava: **a)** situação; **b)** pensamento; **c)** sentimento; **d)** conseqüências fisiopatológicas e comportamentais. Esses resultados eram associados aos valores da Pressão Arterial do participante, sendo mensurados pelo esfigmomanômetro e estetoscópio logo após sua discriminação de Hipertensão Arterial. Submetido à análise desses dados, posteriormente, no setting terapêutico/pesquisa, Lud pode melhor analisar o seu estado ansiogênico, gerador de respostas fisiológicas intensas, mas não de Hipertensão Arterial. Utilizando-se das técnicas de Relaxamento, Treino Respiratório, Acalme-se, a *discriminação operante* Lud aprendeu a apresentar respostas apropriadas às suas diversas situações. O enfrentamento e a confrontação de fatos e situações ajudaram-lhe na definição de um novo repertório comportamental.

Fragmentos de Sessão

Lud -- Puxa, eu sei: não tenho Hipertensão! Os exames neurológicos (Tomografia Computadorizada e Eletroencefalograma), assim como os cardiológicos (Eletrocardiograma, testes da Esteira e de Resistência), nunca acusaram problema nenhum.

P/P – Com todas essas evidências, por que você ainda se percebe hipertenso?

Lud – É o que eu sinto. Veja, fui tomar banho e, sem mais nem menos, senti taquicardia. Saí do banheiro correndo para pedir a minha mãe para conferir minha pressão. Sabia que ela estaria muito alta. Mas o resultado acusou uma pressão normal: 110x60.

P/P – Com este resultado, você sentindo o seu corpo com funcionamento alterado - o que fez?

Lud – Disse a mim mesmo: deixe de ser bobo, a única coisa que você não tem é Pressão Arterial. Então fiz o exercício da respiração e logo tudo aquilo que senti passou.

P/P – Então, Lud, se você sabe de tudo isso, por que ainda acredita que esteja fazendo quadro de Hipertensão?

Lud -- Ah, eu tenho vergonha de mim após fazer um quadro desse, de Pânico, quando minha mãe diz que a minha pressão está normal. Acho que todos não estão mais acreditando em mim. Preciso parar com isso!

P/P – Sim, você pode parar, mas não precisa sentir-se culpado ou envergonhado. Veja, quero lhe mostrar essas avaliações de sua Pressão Arterial.

A pesquisadora/psicoterapeuta, neste momento, mostrou-lhe um amplo Diário de Controle da Pressão Arterial, no qual ela havia colocado todos os valores da Pressão Arterial, do participante, avaliados no período da manhã, às 7 horas, após o seu despertar para mais um dia e, à noite, ao voltar para casa, após um dia de trabalho, nos meses de janeiro,

fevereiro, março, abril, maio, junho e início de julho. Nenhum dos valores acusava Hipertensão Arterial. Isto é, sua Pressão Arterial nunca foi superior a 120x60.

Fragmento de Sessão

Lud – Puxa, quando você me mostra esses registros todos – meu Deus, olha o tanto! – e nenhum tem alteração de pressão... veja esse aqui, quando acordei passando mal de madrugada, sentindo um medo enorme, meu corpo parecendo que ia explodir, a pressão estava normal! Puxa, tudo isso está sendo provocado pelo meu pensamento!??

Lud, a princípio, se mostrava avesso à checagem de sua pressão num momento de Ataque de Pânico. Ele acreditava que aferir a pressão iria apenas confirmar o que já antecipara: que ela estava muito alterada. Conhecer o resultado alto de sua pressão, de acordo com Lud, poderia gerar o agravamento de seu estado hipertenso. Logo nas primeiras semanas de Registro Contínuo de sua Pressão Arterial, tanto pela manhã, quanto no princípio da noite, Lud discriminou seus operantes, concluindo respostas apropriadas aos seus respondentes, verbalizando não ser hipertensivo. Esse Diário de Registro, segundo o próprio participante, fez com que ele acreditasse ser um adolescente normal, com as conseqüências de ter assistido à morte do pai, ou seja, ter sido acordado numa madrugada com os gritos da mãe dizendo que o marido estava morrendo. Depois, ao acompanhar o pai ao hospital, ter presenciado ainda o seu último infarto, antes de chegar ao Pronto Socorro, de onde saiu para o cemitério.

Tabela IV - Pontos Negativos ou Fracos do Participante 1

Pontos Negativos ou Fracos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Negativista												
(2º) Nervoso												
(3º) Incapacitado												
(4º) Desorganizado												
(5º) Não ser alegre												

Tabela V - Pontos Positivos ou Fortes do Participante 1

Pontos Positivos ou Fortes	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Ter bom coração												
(2º) Crença em ser feliz												
(3º) Batalhador												

Tanto os Pontos Fracos, quanto os Fortes, foram apresentados pelo participante como resultado da Tarefa de Casa, ainda no período de Linha de Base, na quarta semana.

Lud apresentou facilidade para apontar os seus Pontos Fracos e uma dificuldade, bastante clara, para apresentar os seus Pontos Fortes.

Após o participante aprender a utilizar as técnicas, na vigésima nona sessão, fase de Avaliação, uma nova planilha contendo os Pontos Fracos e os Pontos Fortes foi-lhe apresentada para que definisse nova hierarquização e novo grau de ansiedade para cada um desses pontos. Ao receber a planilha se mostrou um pouco confuso:

Fragmentos de Sessão

Lud – Mas eu já fiz isso aqui?

P/P – Você está certo. Mas neste momento, vamos fazer uma nova avaliação. Queremos checar se os Pontos, tanto Fortes quanto Fracos, continuam os mesmos, assim como a sua hierarquização. Você tem o direito de fazer qualquer tipo de alteração e, inclusive, complementação, caso queira.

Pontos Fracos - Lud manteve a mesma hierarquização da Linha de Base para os Pontos Negativos. Com relação aos graus de ansiedade, como se pode observar na Tabela IV, o participante manteve o mesmo grau apenas para o item 4 “Desorganizado”, em todas as fases. Para os demais itens Lud apresentou alteração, para menor, no grau de ansiedade. O item 2 “Nervoso”, que registrava grau de ansiedade “Extrema”, na Linha de Base, foi o que apresentou maior grau de redução em seu nível ansiogênico, de “Extrema” para “Pouca”. Pela Tabela IV, os níveis de ansiedade dados a esses Pontos Negativos ou Fracos na fase de encerramento da pesquisa, são considerados como de controle da ansiedade.

Pontos Fortes – Na fase de Avaliação, Lud complementou, como pode ser observado na Tabela V, dois novos Pontos Fortes ou Positivos: 2º = “Crença em ser feliz” e 3º = “Batalhador”. Na fase de Follow up, ele manteve a mesma hierarquização a esses três Pontos Fortes. Quanto ao grau de ansiedade, como apresentado pela referida tabela, para o item 1, Lud apresentou o mesmo nível de ansiedade nas três fases, “Pouca” enquanto para os dois últimos itens, o grau de ansiedade foi mantido o mesmo, “Moderada”.

Concluída a avaliação da fase de Follow up, tanto para os Pontos Fracos quanto para os Fortes, uma nova planilha, desta vez contendo os dados de hierarquização e graus de ansiedade apresentados na Linha de Base, Avaliação e Follow up foi apresentada ao participante, que foi estimulado a fazer uma auto-avaliação de seu processo evolutivo:

Fragmentos de Sessão

Lud – Puxa, quando cheguei aqui estava péssimo mesmo! Nossa, como é que as pessoas conseguiam ficar perto de mim?! Como o pensamento negativo e a importância que eu dava ao que meu corpo sentia causavam tudo isso?!

P/P – A nossa forma de discriminar, de perceber as coisas, promove em nosso corpo respostas...

Lud – É, eu sei, agora: são aqueles sintomas que me geravam tanto medo. Pensava que ia morrer.

P/P – E, quando você acredita nesse pensamento e nessas sensações, você...

Lud - Eu crio crenças irracionais que levam para o buraco negro. Como aconteceu comigo. Sei, agora, que tenho que fazer sempre a busca da evidência de meus pensamentos. Aprendi que posso trocar um pensamento negativo por um positivo. E, como num passe de mágica, tenho minha energia retomada para agir assertivamente, com dois esses! Hoje quem controla minhas emoções e meus pensamentos não sou eu, mas é o controle de minha respiração, é a observação que faço do meio ambiente, é a troca de meus pensamentos e, especialmente, o enfrentamento com a busca da evidência.

P/P – É isso mesmo. Parabéns por seu novo comportamento!

Tabela VI – Resultado IDATE do Participante 1

Linha de Base			Avaliação			Follow up		
A – Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas	A – Estado	A - Traço	Sintomas
59	67	68	58	62	52	51	47	49

Lud apresentou, em seu estado emocional transitório – A-Estado -, sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão em nível acima do considerado como normal - até 51,82 - por este Inventário de Ansiedade, o IDATE, na Linha de Base, aplicado na terceira semana

de início da pesquisa, como pode ser observado na Tabela VI. Também apresentou elevação da ansiedade quanto a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, como pode ser observado em seu resultado na Parte II, ou seja, A-Traço. A Parte III, Complementação, mostrou que a sintomatologia ansiogênica se enquadra nos critérios de muita ansiedade.

Os resultados apresentados no período de Avaliação, quando Lud já trabalhava com as técnicas, aferidos na vigésima oitava semana, mostram uma evolução positiva do participante quanto à tensão e apreensão, como pode se observado na Tabela VI. Ainda que não tendo atingido o nível de normalidade do estado de ansiedade. Enquanto o seu resultado de A-Traço, apresenta uma significativa melhoria em seu nível de ansiedade de reação ante a situações ameaçadoras. É importante destacar que, neste período, Lud passava por uma série de intervenções de confrontação e enfrentamento daquelas situações que lhe geravam respostas de fuga/esquiva. Como pode ser observado na Tabela VI, também neste momento, sua sintomatologia já se mostra próxima aos critérios de ansiedade normal. Os números alcançados pelo participante, na quadragésima semana, na fase de Follow up, apresentados na Tabela VI, acima, são considerados normais tanto no estado, quanto traço e sintomas ansiogênicos apresentados.

Tabela VII – Eventos Ansiogênicos Participante 1

Eventos Ansiogênicos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa															
	Linha de Base				Intervenção				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Pessoas Gritando																
(2º) Em Loja, fazendo compras																
(3º) Em casa, não encontrar ninguém																
(4º) Cantar em família																
(5º) Pensar que um resfriado o levaria à morte																

Os eventos ansiogênicos, hierarquizados na Tabela VII, como 1º, 3º e 5º, gravavam em Lud Ataques de Pânico sendo, portanto, estímulos disparadores dos respondentes fisiológicos registrados nos quadros panicogênicos. Já os eventos 2º e 4º eram estímulos inibidores de respostas públicas assertivas, compreendendo um quadro comórbido de Fobia Social.

Durante a Linha de Base, apenas foi feita a definição de tais eventos, com a sua respectiva hierarquização, bem como definição do grau de ansiedade. A Dessensibilização Sistemática foi realizada no período de Intervenção. Em função dos graus de ansiedade serem próximos e até iguais, a Dessensibilização foi realizada pela ordem inversa da hierarquização desses eventos ansiogênicos, até que Lud pode, um a um, enfrentar todos esses eventos ansiogênicos de forma mais assertiva.

De todos os eventos ansiogênicos, o primeiro – ouvir pessoas gritando – foi o mais difícil de atingir a dessensibilização. Lud emparelhou gritos à morte de seu pai. Esse estímulo lhe gerava reações fortes e desconfortáveis. Lud foi estimulado a ir a campos de futebol, a shows musicais, a construções civis, a escolas em horário de recreio ou lanche, onde os gritos são comportamentos considerados normais e esperados como repertórios de comunicação de informações agradáveis ou não.

Atualmente, Lud mantém o repertório de enfrentamento desses eventos, com controle de sua ansiedade. Ressalta-se que, o participante estendeu seu repertório de cantar em público. Está fazendo shows, cantando em bares e restaurantes de uma das capitais brasileiras. Recentemente, em um show, ele cantou para cerca de 5.800 pessoas, estimativa feita pela Polícia Militar.

Tabela VIII – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do Participante 1

Questões Monitoradas	Graus de Ansiedade															
	Linha de Base Frequência				Intervenção Frequência				Avaliação Frequência				Follow up Frequência			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
Contexto:																
No Lar	07	32	18	45	03	29	18	26	12	26	08	03	24	22	03	02
Na Escola	00	05	32	38	02	32	18	31	30	39	08	08	49	19	04	05
No Trabalho	00	18	36	43	00	16	25	23	26	38	11	06	43	33	02	01
Eventos Sociais	00	15	20	24	00	09	15	17	22	29	04	12	47	18	04	06
Outros	00	19	23	33	03	16	21	17	43	25	11	03	52	19	04	03
Total	07	89	129	183	08	102	97	114	133	157	42	32	215	111	17	17
% Agrupado	23,30%		76,7%		34,27%		65,73%		79,67%		20,33%		90,56%		9,44%	
Exercício do Pensar:																
Positivo	04	21	14	23	02	27	32	25	80	97	29	32	100	80	10	11
Negativo	02	62	101	140	04	65	60	81	41	40	10	05	71	41	10	05
Sem Resposta	01	06	14	21	02	10	05	08	12	11	03	04	16	11	02	03
Exercício do Sentir:																
Agradável	03	21	25	50	02	40	30	50	90	100	25	30	97	78	15	10
Desagradável	02	61	91	125	04	54	50	54	34	45	15	05	85	30	05	08
Sem Resposta	02	07	13	08	02	08	17	10	09	07	02	02	15	10	04	03
Exercício do Agir:																
Enfrentamento	04	17	19	23	05	36	37	32	82	74	17	15	127	142	17	23
Fuga/Esquiva	00	65	101	137	03	55	55	71	49	72	12	13	18	08	06	07
Sem resposta	03	07	09	23	00	11	05	11	12	12	03	03	02	06	02	03
Grupos de Técnicas Utilizados em Percentual																
Grupo I	0%				25%				28%				25%			
Grupo II	0%				20%				15%				11%			
Grupo III	0%				07%				05%				08%			
Grupo IV	0%				48%				52%				56%			
Como Ficou (em percentual):																
Melhor	0%				75%				95%				98%			
Pior	0%				25%				04%				0%			
Sem resposta	0%				0%				1%				02%			

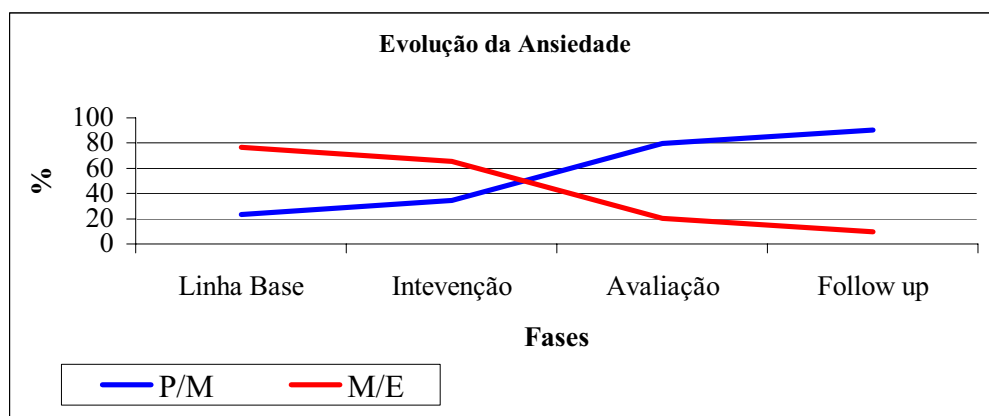


Fig. 2 – Avaliação da evolução do grau de ansiedade do participante 1 nas 4 fases deste estudo, considerando como ansiedade normal o somatório P/M e ansiedade intensa M/E

Os números apresentados na Tabela VIII foram coletados nos Diários de Registros do Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) e da Reestruturação Cognitiva, somando-se todas as vezes que apareceram durante toda a pesquisa.

Por esses números, e graficamente apresentados na Figura 2, observa-se que durante a Linha de Base, os diversos contextos que geravam uma ansiedade acima do normal, isto é, o somatório dos conceitos “Muita e Extrema”, atingiram o  ndice de 76,7%, enquanto o somatório dos contextos que geravam ansiedade normal, ou seja, “Pouca e Moderada” foi de 23,30%. Pode-se perceber a relação entre pensamentos negativos e graus de ansiedade, assim como os sentimentos desagradáveis, além de haver o registro de grande ocorrência do comportamento de fuga/esquiva diante das situações. E, mesmo quando ocorreu o pensar, o sentir agradável, acompanhados por comportamentos de enfrentamento, ainda assim o nível de ansiedade mostrou-se muito intenso.

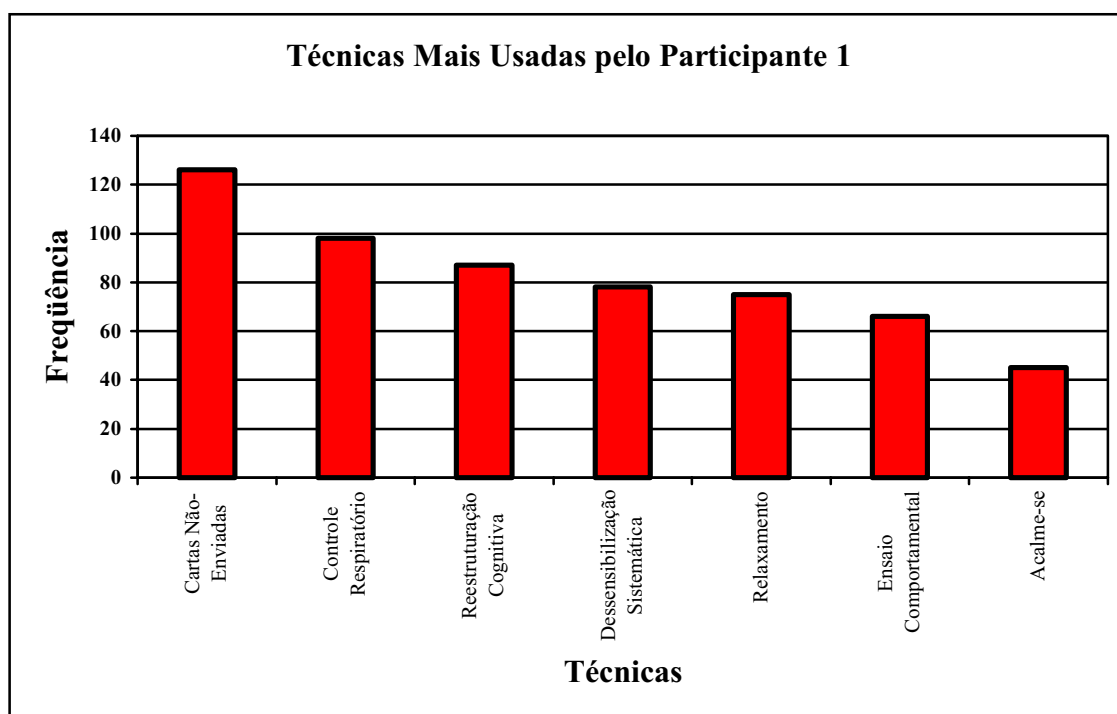
Na fase de Intervenção, através da Tabela VIII e Figura 2, observa-se um decréscimo nos conceitos de ansiedade “Muita e Extrema”, que somam 65,73%, enquanto a normal “Pouca e Moderada”, somam 34,27%. Observa-se que, ainda que os pensamentos positivos, os sentimentos agradáveis e o enfrentamento tenham aumentado, o nível de ansiedade continua muito intenso. Já na fase de Avaliação observa-se a inversão, ou seja, os conceitos

“Pouca e Moderada” somam 79,67% enquanto os ansiogênicos “Muita e Extrema”, somam 20,33%. Percebe-se que os pensamentos negativos vão registrando uma ansiedade menos intensa, assim como os positivos que passam a ser agradáveis, com a ansiedade normal sendo maior que a disfuncionalizada. Por fim, na fase de Follow up, de acordo com a Tabela VIII e Figura 2, os conceitos “Pouca e Moderada” somam 90,56% e os conceitos “Muita e Extrema”, somam 9,44%, quando Lud já demonstra um repertório comportamental de maior assertividade.

Esses diários de registros, como pode-se observar, foram importantes como instrumentos de medida do grau de ansiedade, dos comportamentos privados e públicos do participante e, especialmente, de avaliação de suas respostas comportamentais, diante das mais diversas situações. No setting de pesquisa, um a um, os comportamentos disfuncionais foram trabalhados, levando Lud a observar, avaliar a forma como respondeu às contingências e as conseqüências geradas, para, finalmente, definir estratégias mais assertivas de enfrentamento em novas e similares situações. O uso das técnicas também foi sempre avaliado, com a finalidade de levá-lo a discriminar que o autocontrole de sua ansiedade poderia advir do uso adequado das ferramentas psicoterapêuticas.

Tabela IX – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 1

Técnicas	Frequência	Percentual de Frequência
Cartas Não-Enviadas	126	21,91%
Controle Respiratório	98	17,04%
Reestruturação Cognitiva	87	15,13%
Dessensibilização Sistemática	78	13,57%
Relaxamento	75	13,04%
Ensaio Comportamental	66	11,48%
Acalme-se	45	7,83%
Total Frequência/%	575	100%



. Fig. 3 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 1 durante a pesquisa.

Como demonstrado na Tabela IX, Lud apresentou maior aderência à técnica Cartas Não-Enviadas (21,91%), ainda que tenha sido esta a última técnica aprendida; e menor

adesão à técnica A.C.A.L.M.E. -S. E. (7,83%). Pode-se observar, nos números apresentados nesta Tabela que a Escrita Terapêutica, o Controle Respiratório e a Reestruturação Cognitiva, foram as três técnicas de maior frequência apresentadas pelo participante, seguidas pela Dessensibilização Sistemática e Relaxamento. A frequência desses resultados pode ser graficamente observada na Figura 3.

Fragmentos de Sessão

Lud – (...) Sim, estou me disciplinando a usar todas as técnicas. A princípio foi muito difícil, mas agora está sendo bem mais fácil. Apenas tenho dúvidas ao usar o A.C.A.L.M.E. - S. E, pois penso que não sei ainda, muito bem, realizar essa técnica. Não sei se o registro dela está certo.

P/P – Você realiza todos os passos desta técnica?

Lud – Sim, realizo, mas ao ter que registrar penso que não estou registrando corretamente, então, prefiro não usar essa técnica.

P/P – Não se preocupe se o seu registro está certo ou errado. Apenas faça a técnica.

A partir da discriminação e funcionalização da crença de Lud – não saber registrar corretamente o A.C.A.L.M.E. -S. E, ser preferível deixar de usar essa técnica - o participante passou a usá-la com maior frequência.

Fragmentos de Sessão

Lud – Se você me permitir, eu vou anotar no Diário de Exercício do Agir, mas quero, também, estar trazendo um relatório completo, como você diz, em forma de carta que a gente não envia. Posso?

P/P – Claro que pode. O registro que você faz, no momento ou logo após a ocorrência da situação, é que é importante para termos claro as técnicas usadas, seu repertório comportamental e seu emocional.

Para cada Diário de Registro apresentado, Lud trazia um relatório completo, isto é, uma Carta Não-Enviada. Numa das sessões, após ter sido trabalhado seu comportamento de inconformidade com a morte do pai e o desespero de ter sabido, naquele dia, não ser filho biológico dele – uma tia médica que o levou ao consultório da pesquisa/psicoterapia, vindo o medo intenso de Lud em morrer com problemas cardíacos como o pai, por, ainda, acreditar ser hipertenso, disse-lhe: `Lud, você não vai morrer como seu pai, porque o seu pai era apenas pai `adotivo`. Lud disse ter ficado em “estado de choque, com a sensação que meus olhos iam sair do meu rosto”. Situação nova esta, mas que foi amplamente trabalhada na referida sessão. Ao término desta, o participante levou, como Tarefa de Casa, o dever de escrever uma carta para seu pai. Ele cumpriu a tarefa, destacando ter registrado nível de “Extrema” ansiedade. Na sessão seguinte, a carta foi trabalhada no processo de pesquisa/psicoterapia, estando Lud em relaxamento profundo. Pela primeira vez, segundo o próprio participante, ele pode externalizar ao pai – ainda que falecido – todos os transtornos que sua morte lhe causara, como apresentado em seu relato verbal textual, a seguir:

Pai, nem sei como começar, mas confesso que está sendo muito difícil de suportar a dor de te perder. Depois da sua morte minha vida mudou completamente. Foi tudo tão de repente que não deu tempo de acostumar.

Às vezes, paro e fico pensando o quanto erraram com a sua doença. Não sei porque, mas desde que você se internou, estava com mau pressentimento. Alguma coisa me incomodava. Fico muito chateado!

No momento nem sei o que dizer, mas está sendo difícil. A vida me trouxe várias surpresas, como uma que nunca, em momento algum, passou pela minha cabeça: que eu não era seu filho biológico. Foi como uma “bomba”! Mas, fique sabendo que eu sou seu filho, independente de ter saído ou não da barriga de minha mãe. Porque pai e mãe são aqueles que dão amor, carinho, como vocês sempre me deram.

É estranho, fico com medo. Na hora em que eu mais preciso de você, não posso contar com o seu amparo. Parece que me falta um pedaço. Não ter um pai é difícil. Ter que aprender tudo com a vida, com o mundo... O que mais me assustou foi que um dia você acorda dependente, tendo o que quer, no outro dia acorda sem um membro tão importante e tem que criar a cara e a coragem de enfrentar o mundo de frente. Claro que conto com a ajuda de várias pessoas que estão me ajudando muito, mas ainda ando com a cabeça muito confusa. Tem momentos em que dá vontade de jogar tudo para o alto e desaparecer. Sabe, o que mais me revolta é a maneira brusca com que as coisas estão acontecendo comigo. Tudo que sempre quis está tudo ao contrário. Agora, estou trabalhando com o meu cunhado. Não é o que quero, mas sim o que preciso. Você e todo mundo sabem que o que queria era fazer minha carreira com a música. Mas tudo tomou um rumo totalmente diferente. Fico muito triste de ter que ser não do meu jeito. Mas vou levando a vida e me conformando com o que ela me trás, porque já não encontro mais força para lutar e vencer os desafios. Sei que estou novo e cheio de saúde, mas me falta uma arma muito importante para vencer essa batalha, que é você, que sempre me amparou nos meus momentos. Sabe, pode parecer até um exagero, mas o que era para eu passar em 10 ou 20 anos, parece que foi tudo em um só dia!

Pai, não sei se estou sendo um tanto radical ou muito revoltado, mas é o que estou sentindo e tomara que eu compreenda e me esforce para suportar e, um dia, vença essa guerra. Quero que você saiba que eu te amo e espero, um dia, te encontrar novamente. Um abraço de seu filho que te ama.

Após a aplicação da técnica de Cartas Não-Enviadas, já descrita anteriormente, a pesquisadora/psicoterapeuta, registrou um importante comportamento verbal de Lud, terapeuticamente chamado de cognição básica, isto é, o perceber, o discriminar, pelo próprio cliente, das evidências e dos fatos que o cercam, que consequenciam um novo repertório comportamental.

Fragmentos de Sessão

Lud – Puxa, eu queria falar com meu pai, tudo isso, mas tinha medo. Como foi bom ter conversando com ele. É como se ele tivesse me explicado tudo que não deu tempo a ele, por causa daquela doença, daquele tratamento errado.

P/P – Sim, e então?

Lud – Como é que eu podia estar culpando minha mãe, se ela é tão insegura, se eu tenho mais decisões que ela! Como ela podia ter percebido que o tratamento estava errado?

P/P – Como você se sente, agora?

Lud – Sei que meu pai morreu, infelizmente. Sei que ele jamais vai voltar, só posso me encontrar com ele lá em cima. Mas, ele está aqui comigo (sinalizando com a mão o seu peito). Ele jamais vai me abandonar. Poxa, cara, eu agora tenho que ser tudo que ele me ensinou!!

A partir deste momento, Lud, deixou de culpar a mãe e parou de ter medo de ficar em seu quarto. Também passou a demonstrar maior segurança quando, ao chegar em casa, não encontrava sua mãe e sua irmã.

A seguir, estão apresentados outros fragmentos de Cartas Não-Enviadas deste participante, realizadas ao longo desta investigação, aqui transcritas pela sua importância em relação ao seu estado emocional:

Fragmentos de Cartas Não-Enviadas

Essas duas semanas que passaram não foram tão ruins assim. Percebi que o que mais me aborrecia era de não ter tempo de ir à academia. Mas isso não é mais problema. Fui até ao Flamboyant (Shopping) e comprei um monte de pesos. Acho que foi a melhor coisa que fiz até agora.

O que mais me “grila” agora é a minha ex-namorada que agora é minha namorada de novo. Ela ficava ligando em meu serviço falando eu estava com depressão e isso foi me dando um sentimento de culpa. Acabei voltando.

No colégio e no trabalho as coisas vão bem. Hoje acordei um pouco ansioso. Não sei porque estava me sentindo sem lugar. Parece que tudo que faço não me agrada.

Estou aqui no meu quarto. Acabei de chegar do colégio. Estou me sentindo ruim. Parece que não tenho vontade de nada. São 23 horas e 25 minutos e não tenho nem vontade de dormir, nem de acordar amanhã e ir para o trabalho. Fico na sala de aula, mas não consigo me concentrar. Fico muito ansioso para sair logo da sala e ir embora.

Agora é meia noite e vinte minutos. Acabei de fazer o relaxamento para ver se me dava sono. Fiquei mais calmo, mais relaxado. Foi bom, mas ainda continuo sentindo uma sensação estranha. Não sei explicar o que é, parece ser uma decepção. Terminei com minha namorada de novo. Não estou com vontade de estudar. Sei que vou ficar pobre.

Nesses últimos dias parece que minha vida mudou. Parece que estou mais leve, estou rindo para as paredes. Fui falar com meu cunhado, mas nem precisei ir até ele, a minha irmã me disse que ele estava disposto a me ajudar em tudo que eu precisasse. Ele falou que era para eu dizer o que eu queria comprar para começar a fazer minhas apresentações musicais.

Minha mãe está um tanto triste esta semana. Ela acabou ficando doente. Mas acho que tudo isso é por causa da morte do meu pai. Quinta-feira, dia nove faz um ano que ele morreu. Fico triste de não poder fazer nada a respeito.

Participante 2 - Amábily**Tabela X - Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 2**

Comportamentos Repetitivos	Linha de Base 1ª a 10ª Semanas		Avaliação 27ª a 30ª Semanas		Follow up 40ª Semana		Frequência.
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Total
Passar as mãos no pescoço	144	90,57	12	7,54	03	1,89	159
Passar as mãos no rosto	105	92,11	07	6,14	02	1,75	114
Esfregar uma mão na outra	89	91,75	06	6,18	02	2,07	97
Passar as mãos no cabelo	77	83,70	11	11,95	04	4,35	92
Passar as mãos nas pernas	59	84,29	08	11,43	03	4,28	70

Os comportamentos mais frequentes, apresentados por Amábily, podem ser mais bem observados na Tabela X, tanto no momento da Linha de Base, quanto Avaliação e Follow up. Como observado, na referida Tabela, seu comportamento mais frequente, na Linha de Base, era o comportamento de “passar as mãos no pescoço” (LB = 144), seguido pelo comportamento de “passar as mãos no rosto” (LB = 105). Como demonstrado nesta Tabela, o comportamento de “Passar as mãos no rosto” (% da Linha de Base menos % do Follow up = 90,36%) foi o que registrou a maior diminuição de ocorrência. A segunda redução na frequência ficou com o comportamento de “passar as mãos no cabelo” que, ao término deste estudo, era de 89,68% (fórmula: % da Linha de Base menos % do Follow up). Como pode-se observar, todos os comportamentos registraram uma grande e acentuada redução em sua frequência após a intervenção, quando todos os quatro grupamentos de técnicas estavam ao dispor da participante para o controle de sua ansiedade, e essa redução em sua ocorrência foi

ainda maior na fase de Follow up, como pode ser observada através da Tabela X quando, também, havia um maior tempo de uso das técnicas.

Fragmentos de Sessão

Amábily – Posso ser honesta? Não dá para fazer essa tarefa: não tenho tanto tempo assim para marcar tantos comportamentos repetitivos. Não dá!

P/P – Veja, aqui em nosso consultório, estou atenta a você, e marco seus comportamentos repetitivos. Depois, assisto a gravação da sessão e confiro se os marquei corretamente. Veja, nem sempre nossas tarefas serão fáceis. Mas precisamos insistir.

Numa outra sessão, na vigésima segunda semana, Amábily chega trazendo consigo uma conclusão, isto é, uma percepção bastante básica para seus comportamentos repetitivos.

Amábily – Sabe de uma coisa: eu gasto muita energia para fazer esses comportamentos todos. O engraçado é que não percebia que eles só roubavam meu vigor. Quando eu os produzia, sem perceber, pensava alcançar uma válvula de escape para o que estava sentindo. Que nada! Além do que, eles são feitos com uma certa agressividade contra mim mesma... E, agora, essa tarefa vem me “roubar mais energia” ainda.

P/P – Como lhe foi possível chegar a essa conclusão?

Amábily – É a tal da evidência de que você sempre fala para eu ir atrás. Olhando nos diários, avaliando toda a situação... você chama isso de outro nome...

P/P – Contingência?

Amábily – Sim, contingência. Percebi que é a ansiedade que está dirigindo minha vida, só que para pior. Se você olhar bem esses diários, verá o quanto diminui o registro desses comportamentos. Não é que deixei de fazer a tarefa, mas é que tenho me observado mais e, então, tenho praticado mais o tal do pare (pare é o prompt que lhe foi ensinado a praticar sempre que quisesse interromper um comportamento indesejado ou inadequado. Ou

seja, numa verbalização privada a pessoa diz a si mesma, com comando de voz eficiente: pare!). Puxa, que coisa horrível devia ser: uma pessoa cheia de gestos nervosos!

P/P – Como você pode extinguir esses comportamentos repetitivos de seu repertório comportamental?

Amábily – A não realização desta tarefa já é um reforço. Ou seja, se não apresento esses comportamentos nervosos, implica que controlei minha ansiedade e que não terei porquê fazer essa tarefa. No fundo, no fundo, fico muito feliz por ver que estou me disciplinando e aprendendo a ter o tal autocontrole da ansiedade. Quer reforço melhor?!

Amábily sempre mostrou-se irritada para fazer a tarefa, por acreditar, inicialmente, que estava perdendo muito tempo marcando tantos comportamentos que ocorriam o tempo todo. Depois, discriminou que o que era mais aversivo, na realidade, era realizar tantos “gestos nervosos” como ela mesma os designou.

Tabela XI - Pontos Negativos ou Fracos do Participante 2

Pontos Negativos ou Fracos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Insegurança												
(2º) Pessimista												
(3º) Negativista												
(4º) Emotiva												
(5º) Desorganizada												
(6º) Sem perseverança												
(7º) Amarga												
(8º) Carrancuda												
(9º) Preocupadíssima												

Tabela XII - Pontos Positivos ou Fortes do Participante 2

Pontos Positivos ou Fortes	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Carinhosa com as filhas		■				■				■		
(2º) Sou capaz			■			■				■		
(3º) Sou humana			■			■			■			
(4º) Acreditar em mim			■			■				■		

Quando Amábily recebeu esta Tarefa de Casa, isto é, apontar seus Pontos Negativos ou Fracos e os Positivos ou Fortes, no momento em que acontecia a Linha de Base, foi enfática em sua verbalização:

Amábily – Só tenho como fazer a primeira parte da tarefa.

P/P – Você pode se explicar melhor?

Amábily – Só tenho Pontos Negativos.

P/P – Talvez se você se dedicar um pouco mais a se observar, tenha como fazer a tarefa completa.

Amábily – Os meus medos, minha insegurança, minha vida, tudo tá muito claro: só tenho pontos negativos!

P/P – Está certo. Mas a tarefa quer de você Pontos Fracos e Pontos Fortes. Você vai olhar para toda a sua história de vida para poder encontrá-los ou não, certo?

Amábily – Eu sei que não vou encontrar nada de forte em mim, mas vou tentar fazer essa tarefa, também!

Na sessão seguinte Amábily trouxe apenas os Pontos Negativos, pedindo mais uma semana para tentar encontrar algo de positivo em si própria.

Na sexta semana, com a Tarefa de Casa completa, pois havia trazido dois Pontos Positivos, a pesquisadora/psicoterapeuta auxiliou Amábily a definir a hierarquização e o grau de ansiedade para cada item dos Pontos Fracos e Fortes. Neste momento, para surpresa da participante, ela acrescentou mais dois Pontos, que não sabia tê-los, ou não os reconhecia como Fortes: são os 3º e 4º pontos, hierarquizados de acordo com o procedimento desta investigação.

Quando Amábily já trabalhava o controle da ansiedade, com o apoio das técnicas comportamentais e cognitivas, na fase de Avaliação, a pesquisadora/psicoterapeuta entregou-lhe uma planilha contendo apenas os Pontos Fracos e Fortes. Amábily, então, foi orientada a reavaliar todos os pontos para: ratificá-los, modificá-los e até complementá-los; e, a seguir, definir a hierarquização dos mesmos, assim como o grau de ansiedade que eles ainda lhe geravam.

Fragmentos de Sessão

Amábily – Você está querendo me colocar em cheque, ou melhor, me confrontar?

P/P – Não. Apenas desejo saber como são tais Pontos Fracos e Fortes, hoje, para você?

Amábily – Nossa, será que você ainda tem dúvida de que estou muito melhor, hoje, do que quando cheguei aqui?

P/P – Percebo sua melhoria a cada dia. Percebo sua determinação em estar melhor sempre. Este procedimento é apenas mais um fato de nossa pesquisa, lembra-se?

Amábily – Desculpe-me, meu Anjo de Guarda lindo, é que estou tão feliz com tudo que tem melhorado em minha vida que pensava não ser preciso medir-me mais. Tá evidente!

Amábily, como pode ser observado nas Tabela XI e XII, manteve a mesma hierarquização nos processos de Intervenção e de Avaliação, alterando apenas o grau de ansiedade.

Ao final da pesquisa, na fase Follow up, a pesquisadora/psicoterapeuta pediu a Amábily que, mais uma vez, avaliasse seus Pontos Fracos e Fortes, podendo, inclusive, complementá-los, como das outras vezes. Desta vez a participante apenas se deteve em fazer sua nova avaliação. Ao concluir, a pesquisadora/psicoterapeuta alimentou uma ampla planilha que mostrava a hierarquização e o grau de ansiedade nos três momentos de checagem dos diversos eventos ansiogênicos – Linha de Base, Avaliação e Follow up. Com estes dados em mãos, Tabelas XI e XII, ela foi estimulada a fazer uma auto-avaliação de seu processo evolutivo:

Fragmentos de Sessão

Amábily – Quando me lembro de minha casa tão desorganizada, a gente sem poder sair porque ou não tinha roupa passada ou não tinha roupa limpa! Quando me lembro de minha casa suja, a pia cheia de louça de não sei quantos dias, eu nervosa, e olho para esse resultado aqui, digo a você que muito mais que aprender a controlar minha ansiedade, aqui você me ensinou... (chorou, com riso nos lábios)... com suas palavras bonitas, encontrando a possibilidade de solução onde todos sabíamos não existir... me permitiu criar estratégias para organizar minha casa! E, claro, se minha casa está organizada eu fico menos nervosa, ou seja, minha ansiedade fica minha amiga e não minha inimiga.

P/P – A nossa forma de discriminar, de perceber as coisas, de fazer as coisas, promove em nosso corpo respostas...

Amábily – É tudo que eu sei hoje. Olha, esse quadro aqui de Pontos Negativos, a partir de agora, fica sem efeito. Você percebeu que estou com minha ansiedade controlada?

P/P – Sim, percebi.

Amábily - Então! Eles não são Pontos mais Fracos. Nós os ‘vitaminamos’ e hoje eles são Pontos Fortes: eu hoje sorrio, não me preocupo com que os outros estão pensando – na realidade pensava que os outros estivessem sempre me julgando e me condenando. Como sofri com esses pensamentos, sem ter a certeza de que eles eram reais! Até minha vida com meu marido e minhas filhas melhorou muito!

P/P – Parabéns por seu novo comportamento!

Pontos Fracos - Ainda que hierarquizado na quarta posição, como observa-se na Tabela XI, como Ponto Fraco, o item “desorganizada”, que na Linha de Base alcançava maior grau de ansiedade “Extrema”, tendo mantido um grau ainda alto de ansiedade no período de Avaliação “Muita”, já na fase de Follow up registrou um nível de ansiedade bastante normal “Pouca”. Análise semelhante sugere o item 9 “preocupadíssima”, que nas fases Linha de Base e Avaliação registravam níveis altos de ansiedade “Muita”, no Follow up já apresenta uma ansiedade controlada com nível Pouca. Os demais Pontos Negativos registravam, como verbalizado pela própria participante, uma real diminuição em seus níveis, ficando ou como ansiedade Moderada ou Pouca ansiedade.

Pontos Fortes – Na Tabela XII dos Pontos Fortes, apresenta níveis de ansiedade alta para os três últimos itens: “ser capaz”, “ser humana” e “acreditar nela mesma”, ou seja, Muita ansiedade. Mas já na fase de Avaliação, como pode-se observar, eles já apresentam ansiedade controlada, conceituada como Moderada. Enquanto na fase de Follow up, todos os itens mantiveram o conceito ansiogênico de Moderada, com a exceção do terceiro ponto “ser humana”, que apresentou uma redução ainda maior, ficando agora com uma avaliação de Pouca ansiedade.

Tabela XIII – Resultado IDATE do Participante 2

Linha de Base			Avaliação			Follow up		
A - Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas
64	69	61	61	52	47	51	46	47

De acordo com a Tabela XIII, Amábily apresentava, em seu estado emocional transitório – A-Estado -, sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão em nível acima do considerado como normal - até 51,82 - pelo Inventário de Ansiedade, o IDATE, na Linha de Base (64), aplicado na terceira semana de início da pesquisa. Também apresentava elevação da ansiedade quanto a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, como pode ser observado em seu resultado na Parte II, ou seja, A-Traço (69). A Parte III, Complementação, mostra que a sintomatologia ansiogênica se enquadra nos critérios de muita ansiedade (61).

Os resultados apresentados no período de Avaliação, quando Amábily já trabalhava com as técnicas, aferidos na vigésima oitava semana, mostram uma evolução positiva da participante quanto à tensão e apreensão (A-Estado), como pode ser observado na Tabela XIII, ou seja: 61. Ainda que não tendo atingido o nível de normalidade do estado de ansiedade. Enquanto o seu resultado de A-Traço, apresenta uma acentuada melhoria em seu nível de ansiedade de reação ante a situações ameaçadoras (52). Destaca-se aqui que, neste período, Amábily foi convidada por seu pai a desocupar a casa dele em que residia desde que se casara. Amábily e o marido tiveram que buscar outra alternativa. E, enfrentar a construção da casa própria foi a mais difícil, mas a escolhida. Como pode ser observado na Tabela XIII, também neste momento, sua sintomatologia já se mostra dentro dos critérios de ansiedade normal (47). Os números alcançados pela participante, na quadragésima semana, na fase de

Follow up, apresentados na Tabela XIII, acima, são considerados normais tanto no A – Estado (51), quanto A – Traço (46) e Sintomas ansiogênicos apresentados (47).

O IDATE é um instrumento que apresenta a ansiedade da pessoa no real momento de sua realização. Ainda assim, Amábily que, durante todo o percurso da pesquisa passou por diversas contingências aversivas, desde problemas graves de saúde com suas filhas, até mesmo com o marido e a definição de uma nova moradia, sem condições financeiras para custear a construção de uma nova residência, passou a enfrentar as situações aversivas, buscando a melhor forma de resolvê-las. Estes resultados mostram a variação de seus comportamentos consequenciados por sua ansiedade.

Tabela XIV– Eventos Ansiogênicos Participante 2

Eventos Ansiogênicos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa															
	Linha de Base				Intervenção				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Ser dependente dos pais																
(2º) Instabilidade financeira																
(3º) Sexo com o marido																
(4º) Fofocas de terceiros																
(5º) Ser responsável pela vida das filhas																
(6º) Medo de errar																

Os eventos ansiogênicos, hierarquizados na Tabela XIV, como 1º, 2º, 3º e 5º, geravam em Amábily muita ansiedade, consequenciada em seu corpo, através dos respondentes fisiológicos. Já os eventos 4º e 6º eram estímulos inibidores de respostas públicas assertivas, compreendendo um quadro comórbido de Depressão.

Durante a Linha de Base, apenas foi feita a definição de tais eventos, com a sua respectiva hierarquização, bem como definição do grau de ansiedade. A Dessensibilização Sistemática foi realizada no período de Intervenção. Em função dos graus de ansiedade serem próximos e até iguais, a Dessensibilização foi realizada pela ordem inversa da hierarquização desses eventos ansiogênicos, até que Amábily pode, um a um, enfrentar a todos esses eventos ansiogênicos de forma mais assertiva.

Observa-se que, durante o período de Intervenção, quando da aplicação da Dessensibilização Sistemática, apenas o item “ser dependente dos pais”, manteve o mesmo grau de ansiedade “Extrema”, os demais tiveram esse grau diminuído. Quando da Avaliação todos os itens registraram diminuição no grau de ansiedade, com exceção do item 4º “focacas de terceiros que, desde a Linha de Base, se mantinha com o conceito de “Muita” ansiedade. E, de acordo com os números apresentados pela Tabela XIV, os eventos, que anteriormente geravam muita ansiedade, nesta fase alcançam um índice normal de ansiedade, ou seja “Pouca ou Moderada”.

Tabela XV – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do

Participante 2

Questões Monitoradas	Graus de Ansiedade															
	Linha de Base Freqüência				Intervenção Freqüência				Avaliação Freqüência				Follow up Freqüência			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
Contexto:																
No Lar	03	25	38	66	12	36	41	53	35	28	37	42	39	43	29	25
Lar dos pais	00	05	32	56	13	02	27	51	23	17	28	49	29	36	17	29
No Trabalho	00	18	45	48	17	32	35	48	28	43	36	44	32	53	33	23
Eventos Sociais	00	15	46	54	25	10	26	44	17	28	31	25	39	33	25	18
Outros	00	17	33	39	08	25	25	31	29	33	26	21	35	44	18	21
Total	03	80	194	263	75	105	154	227	132	149	158	181	174	209	122	116
% Agrupado	15,37%		84,63%		32,09%		67,91%		45,32%		54,68%		61,67%		38,33%	
Exercício do Pensar:																
Positivo	03	18	30	19	28	39	19	63	99	128	57	51	167	194	56	22
Negativo	00	18	104	293	15	68	154	178	45	78	30	27	28	42	21	19
Sem Resposta	00	19	15	21	12	25	10	08	38	33	15	19	20	24	13	15
Exercício do Sentir:																
Agradável	07	15	31	21	14	22	33	71	77	122	101	88	182	219	42	15
Desagradável	05	29	117	268	4	45	115	144	92	25	22	26	28	39	15	14
Sem Resposta	05	15	10	17	03	13	52	45	15	25	15	12	31	16	08	11
Exercício do Agir:																
Enfrentamento	05	07	45	77	51	87	55	76	108	165	111	45	172	183	77	25
Fuga/Esquiva	12	22	99	144	37	42	46	68	45	33	22	31	43	38	18	15
Sem resposta	09	10	65	45	29	38	12	10	15	22	12	11	19	12	11	08
Grupos de Técnicas Utilizados em Percentual																
Grupo I	0%				15%				12%				12%			
Grupo II	0%				33%				36%				40%			
Grupo III	0%				27%				29%				29%			
Grupo IV	0%				25%				23%				19%			
Como Ficou (em percentual):																
Melhor	0%				55%				85%				97%			
Pior	0%				35%				09%				01%			
Sem resposta	0%				10%				06%				02%			

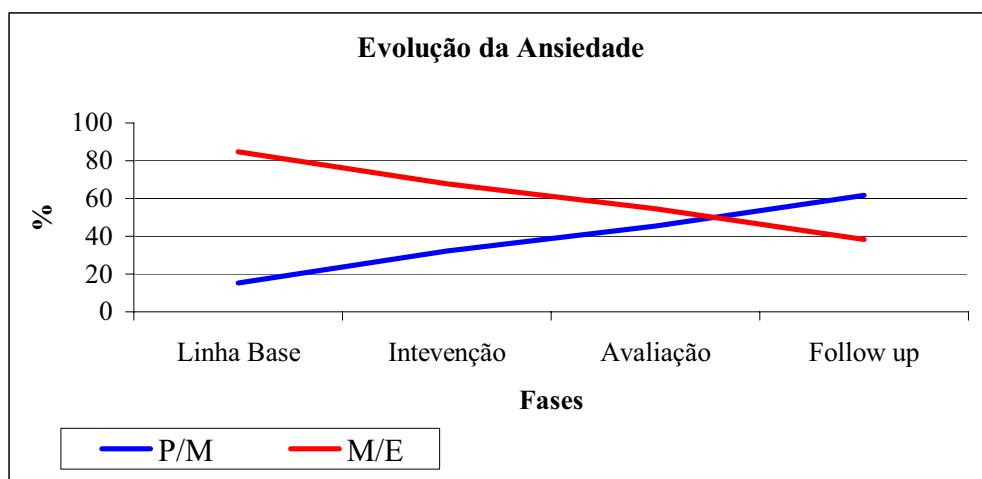


Fig. 4 – Avaliação da evolução do grau de ansiedade do participante 2 nas 4 fases deste estudo, considerando como ansiedade normal o somatório P/M e ansiedade intensa M/E

Os números apresentados na Tabela XV foram coletados nos Diários de Registros do Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) e da Reestruturação Cognitiva, somando-se todas as vezes que apareceram durante toda a pesquisa.

De acordo com os números registrados durante a Linha de Base, os diversos contextos que geravam uma ansiedade acima do normal, isto é, o somatório dos conceitos “Muita e Extrema”, atingiram o índice de 84,63%, enquanto o somatório dos contextos que geravam ansiedade normal, ou seja, “Pouca e Moderada” foi de 15,37%. Os números apresentados no Exercício do Pensar relatam uma acentuada frequência de pensamentos negativos com ansiedade intensa. Observa-se, também, que os sentimentos desagradáveis têm grande intensidade de ansiedade, consequenciando comportamentos de fuga/esquiva, mas que mantêm a ansiedade em altos níveis. Até mesmo, quando houve a ocorrência de comportamentos de enfrentamento, como demonstra a Tabela XV, ainda assim o nível de ansiedade mostrou-se muito intenso.

Na fase de Intervenção, através da Tabela XV, observa-se um decréscimo nos conceitos de ansiedade “Muita e Extrema”, que somam 67,91%, enquanto a normal “Pouca e Moderada”, atingem números maiores, somando 32,09%. Observa-se que ainda que os pensamentos positivos, os sentimentos agradáveis e o enfrentamento tenham aumentado, o

nível de ansiedade continua muito intenso. Na avaliação observa-se uma maior proximidade entre a ansiedade normal e a intensa, ou seja, os conceitos “Pouca e Moderada” somam 45,32% enquanto os ansiogênicos “Muita e Extrema”, somam 54,68%. Percebe-se a relação entre os pensamentos negativos que registram ansiedade menos intensa, assim como os positivos que passam a ser agradáveis, com a ansiedade normal sendo maior que a disfuncionalizada. Observa-se nos comportamentos de enfrentamento que a ansiedade normal apresenta números bastante altos, bastante superiores que da ansiedade disfuncionalizada. Por fim, na fase de Follow up, de acordo com a Tabela XV, os conceitos “Pouca e Moderada” somam 61,67% e os conceitos “Muita e Extrema”, somam 38,33%, quando Amábily já demonstrava um repertório comportamental de maior assertividade, ainda que estivesse enfrentando sérios problemas como a questão de seu pai ter lhe pedido que desocupasse em, no máximo 30 dias, a casa na qual morava desde que se casara em. Ainda que seu meio ambiente lhe apresente contingências aversivas, Amábily mantém a reestruturação cognitiva, seus sentimentos são mais agradáveis e há em seu repertório o comportamento de enfrentamento das situações.

Esses diários de registros, como pode-se observar, foram importantes como instrumentos de medida do grau de ansiedade, dos comportamentos privados e públicos da participante e, especialmente, de avaliação de suas respostas comportamentais, diante das mais diversas situações. No setting de pesquisa, um-a-um, foram trabalhados, levando Amábily a observar, avaliar a forma como responde às contingências e as conseqüências geradas, para, finalmente, definir estratégias mais assertivas de enfrentamento em novas e similares situações.

Os contextos mais ansiogênicos de Amábily, de acordo com a Tabela XV, na Linha de Base, eram seu lar, a casa de seus pais – onde as relações familiares sempre foram conflituosas – os eventos sociais (Igreja, casa dos familiares do esposo, lazer) e o trabalho do

marido, que sempre funcionou ao lado de sua casa e do qual ela sempre participou. A inexistência de estratégias assertivas tornou esses contextos aversivos.

A evolução de sua ansiedade, nas quatro fases desta investigação, pode ser conferida, também, através da Figura 4.

Tabela XVI – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 2

Técnicas	Frequência	Percentual de Frequência
Acalme-se	177	20,73%
Ensaio Comportamental	133	15,57%
Dessensibilização Sistemática	122	14,29%
Cartas Não-Enviadas	119	13,93%
Controle Respiratório	115	13,47%
Reestruturação Cognitiva	99	11,59%
Relaxamento	89	10,42%
Total Frequência/%	854	100%

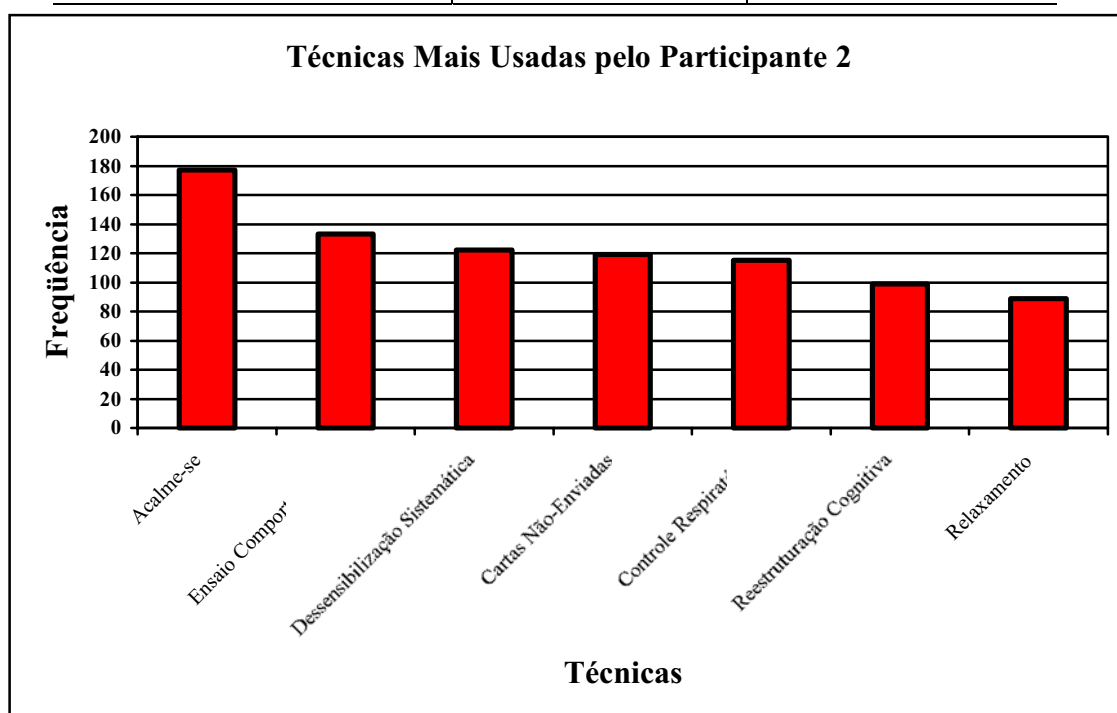


Fig. 5 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 2 durante a pesquisa.

Como demonstrado na Tabela XVI, Amábily apresentou maior aderência à técnica A.C.A.L.M.E. -S. E. (20,73%), que compreende o Grupo II de Técnicas, seguida pelo Ensaio Comportamental (15,575). As Cartas Não-Enviadas alcançaram o percentual de 13,93%. Pode-se observar, nos números apresentados na Tabela XVI, o quanto foi freqüente o uso de todas as técnicas. Os números apresentam uma paridade de escolha no uso de todas as técnicas, ainda que tenha havido uma preferência para o A.C.A.L.M.E. -S. E.

Fragmentos de Sessão

Amábily – Sabe, para mim o A.C.A.L.M.E. -S. E é a técnica mais completa.

P/P – O que você está dizendo?

Amábily – Que com o A.C.A.L.M.E. -S. E eu relaxo, controlo minha respiração, faço a troca de pensamentos negativos para pensamentos positivos, diminuo meu estresse e, daí para frente é tudo muito melhor. Sabe de uma coisa, sou apaixonada por esta técnica! Foi o maior presente que você me deu. Do mesmo modo como digo que foi muito difícil escrever todas essas cartas. Mas, no fim, percebi o quanto elas me limparam por dentro.

Amábily, a princípio, a muito contra-gosto, desenvolveu suas Cartas Não-Enviadas. Depois passou a fazê-las sem demonstrar muita indisposição. Até verbalizou que a realização desta tarefa era importante para “aliviar-me por dentro”. Todas essas Cartas foram trabalhadas dentro do procedimento experimental, já descrito anteriormente:

Meus pais:

Estou lhes escrevendo, esta, para tentar contar um pouco de minha trajetória de vida, o de ruim e o de bom que aconteceu em minha vida nesses anos que se passaram até a data de hoje.

Os poucos gestos de carinho que aconteceram, foram poucos, mas muito bons. Uma coisa muito legal que me lembro, quando era véspera de natal vocês nunca deixaram passar em branco. Eu me lembro, ainda hoje, daquela magia linda de acreditar que Papai Noel viria deixar os brinquedos em minha cama toda noite de natal: era muito lindo! Me lembro como se fosse hoje, quando você papai tirava tempo para brincar, pegar no colo. Foram poucas as vezes, mas era muito bom. Me ensinou a importância da honestidade de falar sempre a verdade. Uma coisa que levo comigo ainda de palavra sua, papai, nunca me esqueci diz assim “se não podes andar com pessoas melhores que você, é melhor que fique sozinha sem amigos”. Tivemos poucos momentos agradáveis. A grande parte foi muito ruim e desagradável. Me lembro muito bem dos gritos, das surras. Queria ser criança, brincar, correr, mas isso não era permitido, pois sempre tinha que trabalhar com vocês; principalmente com você papai. Aonde o senhor ia, me levava junto para te ajudar. E eu como não tinha escolha, ia e procurava dar o melhor de mim. E sempre com medo, fazia de um tudo para não ver você bravo. Só que nunca consegui, pois você nunca ficava satisfeito, nunca tinha um elogio, uma palavra de carinho. Como eu trabalhava sempre dando o melhor de mim para que você não brigasse ou não me batesse ou pelo menos fizesse isso em menor escala, eu acabava saindo perdendo, pois minha irmã mais velha fazia sempre o contrário de mim e com isso ela sempre ficava em casa e eu que ia trabalhar com você. Sei que a verdade é essa: nasci e cresci cercada de brigas e muito medo porque tudo, por mais que tentássemos, nunca ou quase nunca você se satisfazia. Quando você, papai, saía para trabalhar sozinho e eu ficava em casa, como era bom. Era uma paz maravilhosa! Minha mãe não brigava, não batia em nós. Pois quase sempre que isso acontecia era por sua causa. Você conseguia deixar todos uma pilha de nervos. Conseqüência de tudo isso: eu nunca acreditei em mim, em meu potencial. Acabei

acreditando em suas palavras de que não prestava para nada, de que sou burra e incapaz de me virar, de ter uma profissão, de conseguir vencer como pessoa. Nunca acreditei em minhas potencialidades, pois sempre, por mais que tentasse e desse o melhor de mim, você nunca ou quase nunca dizia uma palavra de incentivo. Sempre trabalhei fazendo o que você dizia que era certo. A verdade que tinha era somente você e mais ninguém. Nunca vivi minha vida. Sempre vivia a sua vida e sempre com muito medo, porque a qualquer momento você podia explodir. Hoje tento resgatar minha vida. Sofro muito, pois não tenho uma identidade minha. Tudo que penso em fazer, logo penso: não vai dar certo, não vou conseguir. Tenho tantos sonhos e vontade de vencer as dificuldades, ser gente independente de você, mas, por mais que penso, não sai do pensamento, pois eu não acredito que posso crescer e progredir em alguma coisa. Minha auto-estima foi destruída por você. Eu nunca fui importante. Me lembro que as vezes que fiquei doente você ia trabalhar e não tinha nem a preocupação de me levar ao médico. Uma das vezes que fui ao dentista, nessa época eu me levantava todos os dias por volta de 4:00 horas da manhã, com você, para irmos para à feira, minha irmã mais velha nunca ia, pois segundo você ela era lerda e você não tinha paciência e sempre quem ia era eu. Arranquei um dente, tive hemorragia a noite toda. No outro dia você só perguntou se eu não iria para a feira e me deixou em casa. Quase morri. Se não fosse minha mãe, talvez eu estaria morta. E tantas mais que eu me lembro. Apesar de tudo isso, sinto que vocês faziam isso porque fizeram assim com vocês quando eram criança. Por isso, pensavam que era assim que era certo e quanto mais tempo ia passando, vocês estavam participando de encontros de casais. Começaram a participar mais na comunidade e perceberam que aquilo era errado. Já as duas filhas mais novas, a educação foi totalmente diferente. Acho que por isso não condeno vocês e sempre acreditei que faziam tudo aquilo por falta de conhecimento e

instrução. Hoje me tornei essa pessoa fria, quase nunca consigo demonstrar meus sentimentos. Tenho uma vergonha fora do normal. Tenho muitos medos. Não acredito que ainda possa fazer, pois acho que eu estou velha e, ao mesmo tempo, tenho e preciso fazer, pois eu tenho duas filhas lindas e que precisam muito de mim. Tenho que passar segurança para elas e muitas outras coisas, para que amanhã elas possam ser alguém. E, para isso acontecer, elas precisam ser amadas e respeitadas, primeiro em casa, com sua família, porque a família é o esteio de tudo.

Esta Carta Não-Enviada foi trabalhada numa sessão dupla. Amábily chorou compulsivamente. Ao término da sessão ela verbalizou:

Fragmentos de Sessão

Amábily – Meu Deus, eu consegui olhar meus pais e falar tudo isso que a vida inteira ficou dentro de mim!

P/P – Como você se sente agora?

Amábily – Vazia de tanta coisa ruim que ficou dentro de mim a minha vida inteira! Cansada, muito cansada!

P/P – Você pode se explicar melhor?

Amábily – Não foi nada fácil enfrentar meus pais, especialmente meu pai. Mas o interesse foi ver o rosto de minha mãe, que sempre me deu medo: ela ficou tão murchinha em ouvir tudo isso... meu pai... puxa, ele chorou muito! Me deu muita pena! Eles não fizeram por mal!

P/P – Parece-me que você está defendendo seus pais. É isso mesmo?

Amábily – Eles são meus pais. Fico com pena do sofrimento que percebi neles ao ter dito a eles tudo isso que falei na carta. Mas sei que precisava dizer. Tinha que tirar todo esse lixo de dentro de mim. Puxa, vida! Onde ficou a moça insegura, sem capacidade? Preciso tirar de dentro de mim tudo que é conteúdo do meu pai, de minha mãe, de minhas irmãs, enfim das outras pessoas. Só desta forma, agora percebo, vou me encontrar, vou me descobrir de tanta coisa ruim.

A partir desta sessão, Amábily conseguiu estar com seus pais, com menos medo. Passou a observar os comportamentos adequados de seus pais e a valorizá-los. Percebeu que tinha que se colocar nas questões e não apenas acatar o parecer do outro. Houve uma generalização desse comportamento com seu marido, suas filhas e irmãs.

Outra Carta Não-Enviada que gerou forte emoção em Amábily ao fazê-la, bem como quando foi trabalhada no processo de pesquisa/psicoterapia, foi a que escreveu ao seu marido:

Meu marido:

Estou lhe escrevendo para contar um pouco de nossa trajetória, desde nosso primeiro encontro, até a data de hoje.

Minha irmã já te conhecia. Frequentava a sua casa. Um dia, chegando de sua casa, ela me disse que você havia me mandado um recado: que eu era muito linda e que gostaria de me conhecer. Desde então, comecei a te reparar de longe, às escondidas, pela greta do meu portão. Só que nunca tive coragem, nem de te cumprimentar. Até que um dia minha vizinha se ofereceu para escrever um bilhete para você, marcando o nosso primeiro encontro, e assim eu fiz. E fiquei te esperando no dia marcado. Estava muito ansiosa, e com medo que meus pais descobrissem. Nos encontramos. Você e eu estávamos muito tímidos. Conversamos. Depois nos encontramos outras vezes na

escola, em sua casa e logo resolvemos que iríamos namorar. Só que seria escondido de meus pais, pois eu tinha apenas 11 anos e meus pais jamais concordariam com esse namoro. Ficamos juntos uns quatro meses. Depois me mudei para município vizinho. Nos correspondíamos por carta. Alguns meses mais foram ficando difíceis e perdemos o contato. Reencontramos novamente em 1988, quando você servia o exército. Dessa vez eu já tinha 14 anos e resolvemos conversar com meus pais. Você me pediu em namoro e eles concordaram. Namoramos até 1989. Logo fui perdendo o interesse por você. Te achava, às vezes, muito pegajoso e reclamão. Fomos nos distanciando e perdemos o contato pela segunda vez. O tempo passou. Eu comecei a sentir saudades suas. Resolvi te procurar. Na época, você estava fazendo cursinho pré-vestibular. Eu encontrei com você. Conversamos bastante e resolvemos voltar a namorar. Logo depois meu pai veio conversar conosco e dizer que já que nós não conseguíamos ficar separados, deveríamos nos casar. Decidimos ficar noivos. Eu saí e encomendei as alianças, muito empolgada e feliz para que chegasse logo o grande dia. Só que quando sua mãe percebeu que era sério, que nosso amor havia superado todos os obstáculos, que realmente íamos ficar noivos, aí que começaram os problemas de verdade: fofocas, mentiras. Disse que íamos nos casar porque eu estava grávida. Tentou impedir que ficássemos noivos, de todas as formas. Mas vencemos tudo isso e nos casamos. Estávamos muito felizes com a nossa escolha. Agora, nós dois juntos, seríamos muito mais fortes: venceríamos qualquer barreira. Só que não foi bem assim. Os anos foram passando. Trabalhamos muito, mas não conseguimos realizar os nossos objetivos, principalmente, financeiros. Até hoje dependemos do meu pai que nos cedeu a casa que moramos, até hoje. Muita decepção, tristeza, insatisfação no profissional e no pessoal. Começamos a nos culpar pelos fracassos, sentir incapazes, sem competência. Acabamos nos esquecendo do quanto o nosso amor é mais forte que

tudo isso. Hoje nosso casamento parece morto. Dividimos o mesmo teto, mas quase sempre não nos entendemos. Parece que restaram apenas mágoa, desilusão e tristeza. Você era uma pessoa cheia de sonhos e fantasias, trabalhador, esforçado, cuidadoso com você, com seu corpo. Hoje, você também ficou triste, sem esperanças. Parece que perdeu a vontade de lutar. Os sonhos ficaram para trás. Quando a gente conversa, reclama por não ter feito coisas no passado, referentes a trabalho e estudo. Descuidou-se de você, de sua imagem. Eu também tinha sonhos, vontade de realizarmos juntos o que não conseguimos quando estávamos solteiros, talvez por medo, falta de estímulo e confiança em nós mesmos. Hoje continuo cheia de medos. Às vezes, acho que foi um erro a nossa união. Que a única coisa boa que aconteceu foram nossas filhas. O resto foi apenas mágoa e tristeza. Às vezes, sinto muita vontade de me separar de você. Sinto enjoada da sua presença. Não consigo sentir desejo por você e isso te faz muito infeliz, eu sei. Só que acho que ainda está em tempo, que apesar de tanta dificuldade e desilusão, ainda sinto amor por você. Quando estou longe, sinto sua falta, sinto saudades de sua companhia. Acho que se começarmos a conversar, respeitando as individualidades de cada um, com amor, ainda vamos rir muito desse nosso passado e presente de tristeza e falta de compreensão e vamos ser muito felizes.

As Cartas Não-Enviadas transformaram-se, para esta participante, em técnica de enfrentamento e confronto com todas as situações geradoras de angústia, medo e ansiedade. “Quando estou escrevendo, parece que consigo perceber melhor a situação e, às vezes, ela até se mostra menos difícil e de solução possível”, verbalizou Amábily.

Participante Pérola**Tabela XVII - Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante**

3

Comportamentos Repetitivos	Linha de Base 1ª a 10ª Semanas		Avaliação 27ª a 30ª Semanas		Follow up 40ª Semana		Freqüên- cia.
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Total
Passando o polegar no outro	225	92,59	15	6,18	03	1,23	243
Mão tocando o corpo	144	86,75	17	10,24	05	3,01	166
Mão tocando o rosto	133	95,68	04	2,88	02	1,44	139
Esfregando uma mão na outra	128	89,51	11	7,69	04	2,80	143
Pernas cruzadas, balançando o pé	124	92,54	07	5,22	03	2,24	134
Girando os anéis nos dedos das mãos	99	94,29	06	5,71	00	00	105

Os comportamentos mais freqüentes apresentados por Pérola, podem ser mais bem observados na Tabela XVII, tanto no momento da Linha de Base, quanto Avaliação e Follow up. Pode-se observar que o comportamento mais freqüente de Pérola, na Linha de Base, era o comportamento de “passar o polegar no outro” (225), seguido pelo comportamento de “mão tocando o corpo” (144). Como demonstrado, nesta Tabela, houve uma redução evidente de todos os comportamentos, inclusive com a extinção, na fase de Follow up, do comportamento de “girar os anéis nos dedos das mãos” (00) e o comportamento de “mão tocando o rosto”, registrou uma redução de 94,24%. A redução da ocorrência destes comportamentos

freqüentes, a partir da fase de Intervenção, sugere a definição do autocontrole da ansiedade, suportada pelas técnicas.

Fragmentos de Sessão

Pérola – Estou impressionada como eu faço, o tempo todo, todos esses comportamentos. Saio de um e entro no outro automaticamente. Penso que minhas colegas de trabalho, as clientes da clínica, devem pensar que são tiques nervosos. Olha só neste meu registro...

P/P – Então, observe este que fiz, numa de nossas sessões e, após, o confirmei com as imagens gravadas da sessão.

Pérola – Puxa, como é que ainda me sobra tempo para fazer outras coisas? Devo parecer uma pessoa desequilibrada. Não, não! Quero me livrar deles. Me arrepia o corpo quando percebo que os faço e vou lá no registro marcar. É como se me pesassem.

Na vigésima sexta semana, Pérola bastante feliz com o controle já alcançado dos seus comportamentos muito freqüentes verbaliza:

Fragmentos de Sessão

Pérola – Queria surpreender você com meus diários dos comportamentos de tiques, ou nervosos, ou repetitivos, sei lá, dessa coisa feia, bem limpinho, sem praticamente marcas nenhuma. E, olha só, sou eu que estou surpreendida comigo. Olha aqui como já quase não realizo esses comportamentos desorganizados!

P/P – Como você conseguiu controlá-los?

Pérola – Tenho a sensação de que essa tarefa de registrar esses comportamentos me coloca em cheque: primeiro, fazer um comportamento feio, desarticulado; segundo, ter que

Tabela XIX - Pontos Positivos ou Fortes do Participante 3

Pontos Positivos ou Fortes	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Batalhadora												
(2º) Superar os obstáculos												
(3º) Adoro trabalhar												

Ao receber o Diário de Registro dos Pontos Francos e Pontos Fortes, quando da Linha de Base, Pérola chorou por um longo tempo.

Fragmentos de Sessão

P/P – O que a fez chorar?

Pérola – A sensação de que não há nada de positivo em mim.

P/P – O que você está dizendo?

Pérola – Deve ter sido porque só tenho pontos fracos que meu marido me deixou (choro).

P/P – A tarefa pede os pontos fracos, mas também os pontos fortes. Pesquise com muita atenção, para só então fazer esta tarefa.

Na sessão seguinte, quando trouxe esta tarefa, Pérola disse que foi muito difícil encontrar pontos fortes nela própria. Afirmando ter precisado da ajuda dos filhos para saber se havia nela algum ponto positivo.

Pontos Fracos - Após a hierarquização e definição dos graus de ansiedade para cada item, como demonstrado na Tabela XVIII, pode-se perceber que todos os seus pontos negativos são geradores de intensa ansiedade. Sendo que a maioria se enquadra no grau máximo de ansiedade, ou seja, “Extrema”. Já na fase de Avaliação, depois de haverem sido

aplicadas as técnicas comportamentais e cognitivas, após uma longa entrevista para discriminação da aversidade de cada item, todos os pontos passam para a classificação de “Muita” e “Moderada” ansiedade. Apenas os itens dois e nove, isto é, “fraqueza de personalidade” e “frágil com quem ama”, respectivamente é que mantiveram a mesma classificação de ansiedade da Linha de Base, ou seja, “Muita”, todos os demais itens apresentaram redução. Quando da fase de Follow up, Pérola apresenta ansiedade normal para todos os itens de pontos negativos. Vale ressaltar que em todas as fases ela manteve a hierarquização dos pontos e não fez nenhuma complementação.

Pontos Fortes – Como mostra a Tabela XIX, Pérola apresentou três pontos fortes, geradores de ansiedade normal, isto é, “Moderada”, quando da Linha de Base e fase de Avaliação. Já no momento de Follow up, Pérola apresentou redução de ansiedade para o terceiro ponto positivo “adorar trabalhar”, classificado agora como “Pouca” ansiedade.

Fragmentos de Sessão

Pérola – Quando você me apresenta esses três momentos de meus pontos negativos e positivos, fico impressionada como minha vida estava péssima quando cheguei aqui. Só pensava em morrer. Nem me lembrava mais que havia sido uma supermãe solteira para meus dois primeiros filhos. Havia me esquecido do quanto sempre fui muito lutadora!

P/P – E, agora, ao ver todos esses pontos e seus níveis de ansiedade?

Pérola – Analisa comigo: se sempre amei trabalhar, se sempre fui batalhadora e sempre enfrentei os obstáculos, essa lista de pontos negativos deveria ter perdido o efeito, ou seja, nem ter surgido. Hoje, tenho minhas emoções controladas não por remédios psiquiátricos, mas por comportamentos de enfrentamento.

Pérola apresentou grande sofrimento para realizar essa tarefa. Mas já na fase de Intervenção, quando foram introduzidas as Técnicas, foi muito colaborativa na realização delas. Pérola determinou-se a “consertar” cada comportamento defeituoso, “ainda que esse conserto me machuque muito”, dizia ela sempre afirmando que queria muito se livrar dos remédios: “me sinto como um viciado. Tenho que aprender a sorrir, a dormir, a viver, sem essas drogas”, verbalizava a participante.

Tabela XX – Resultado IDATE do Participante 3

Linha de Base			Avaliação			Follow up		
A – Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas
65	69	62	59	52	51	51	47	47

De acordo com a Tabela XX, Pérola apresentava em seu estado emocional transitório – A-Estado -, sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão em nível acima (65) do considerado como normal - até 51,82 - pelo Inventário de Ansiedade, o IDATE, na Linha de Base, aplicado na terceira semana de início da pesquisa. Também apresentava elevação da ansiedade quanto a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, como pode ser observado em seu resultado na Parte II, ou seja, A-Traço (69). A Parte III, Complementação, mostra que a sintomatologia ansiogênica se enquadra nos critérios de muita ansiedade (62).

Os resultados apresentados no período de Avaliação, quando Pérola já trabalhava com as técnicas, aferidos na vigésima oitava semana, mostram uma evolução positiva da participante quanto à tensão e apreensão (59), como pode ser observado na Tabela XX. Ainda que não tendo atingido o nível de normalidade do estado de ansiedade, a não ser para os sintomas (51). Enquanto o seu resultado de A-Traço (52), apresenta uma acentuada melhoria

em seu nível de ansiedade de reação ante a situações ameaçadoras, já praticamente dentro dos níveis de normalidade. Como pode ser observado na Tabela XX, também neste momento, sua sintomatologia já se mostra dentro dos critérios de ansiedade normal (51). Os números alcançados pela participante, na quadragésima semana, na fase de Follow up, apresentados na Tabela XX, acima, são considerados normais tanto no estado (51), quanto traço (47) e sintomas ansiogênicos apresentados (47).

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, Pérola e seu ex-marido passaram por momentos de muita tensão, desentendimentos e disputas pela guarda da filha do casal. A cada sessão a participante trazia um fato novo de desentendimento, gerador de muita ansiedade. O IDATE é um instrumento que mede o nível de ansiedade que a pessoa tem no momento em que se submete a ele. Desta forma, fica claro a dedicação de Pérola em buscar sua assertividade, a melhoria de sua condição emocional, como ela sempre verbalizou: “sou, de fato, muito batalhadora!”.

Tabela XXI – Eventos Ansiogênicos Participante 3

Eventos Ansiogênicos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa															
	Linha de Base				Intervenção				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) Noite																
(2º) Pesadelos																
(3º) Suicídio																
(4º) Solidão																
(5º) Separação do marido																
(6º) Separação dos filhos																

Os eventos ansiogênicos, hierarquizados na Tabela XXI, como 1º, 3º, 4º e 5º, geravam em Pérola Ataques de Pânico, muita tristeza e desesperança, consequenciando em seu corpo, os respondentes fisiológicos de taquicardia, sudorese, palpitação, ânsia de vômito, tremor, dormências, calafrios, visão turva e sensação de desmaio. Já o evento classificado como 6º, a deixava em estado de prostração.

Durante a Linha de Base, apenas foi feita a definição de tais eventos, com a sua respectiva hierarquização, bem como definição do grau de ansiedade. A Dessensibilização Sistemática foi realizada no período de Intervenção. Em função dos graus de ansiedade serem próximos e até iguais, a Dessensibilização, já na fase de Intervenção, foi realizada após uma melhor identificação de cada item e suas respostas aversivas respectivas, uma vez que todos eles apresentavam, de acordo com a Tabela XXI, o mesmo grau de ansiedade e de muita ansiedade: “Extrema”. Ainda que estando separada, o item de maior resistência à técnica foi o 5º, “separação do marido”, de quem já estava separada. Observa-se que, durante o período de Intervenção, após a aplicação da Dessensibilização Sistemática, os itens 1º, 3º e 5º, mantiveram o mesmo grau de ansiedade: “Extrema” e os demais registraram diminuição em seu nível de ansiedade. Quando da Avaliação, todos os itens registraram diminuição no grau de ansiedade. E, de acordo com os números apresentados pela Tabela XXI, os eventos que, anteriormente, geravam muita ansiedade, nesta fase alcançaram um índice bem próximo de ansiedade normal. A exceção ficou com os itens 1º e 5º, “noite” e “separação do marido”, que ainda registraram ansiedade “Muita”. Finalmente, na fase de Follow up, houve a ocorrência do autocontrole da ansiedade. Até mesmo o item 5º, “separação do marido”, que nas três fases anteriores apresentava níveis muito altos de ansiedade, agora, alcança a conceituação de “Pouca” ansiedade e os demais itens ficaram entre ansiedade “Moderada” e “Pouca”.

Fragmentos de Sessão

Pérola – Fico maravilhada em perceber que me livrei de meu maior vício: meu marido. Pensava que não sobreviveria sem ele. Foi esse pensamento que me levou ao suicídio, à depressão, ao desinteresse pela vida, inclusive por meus filhos. Nossa! Tô livre! Muito livre! Ainda amo meu marido. Quer dizer, meu ex-marido, mas agora não é vício. Já até estou me acostumando com a idéia que jamais o terei de volta. Começo a sorrir para vida e para mim. Vou vencer! Mais uma vez vou!

**Tabela XXII – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do
Participante 3**

Questões Monitoradas	Graus de Ansiedade															
	Linha de Base Freqüência				Intervenção Freqüência				Avaliação Freqüência				Follow up Freqüência			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
Contexto:																
No Lar	07	15	45	58	12	25	44	42	28	32	35	42	39	43	29	25
Lar da mãe	01	16	51	77	15	13	49	66	23	27	25	33	29	36	17	21
No Trabalho	16	19	33	51	22	29	31	47	28	37	28	44	32	53	15	23
Eventos Sociais	19	12	56	68	23	17	45	55	29	27	31	39	39	43	25	18
Outros	15	09	45	56	13	07	33	45	29	33	26	21	35	44	18	21
Total	58	71	230	310	85	91	202	255	137	156	145	179	174	219	104	108
% Agrupado	19,28		80,72		27,81		72,19		47,48		52,52		64,96		35,04	
Exercício do Pensar:																
Positivo	03	06	12	14	28	39	99	121	71	81	87	155	157	194	89	77
Negativo	45	58	198	280	45	37	75	126	54	68	43	14	08	20	05	16
Sem Resposta	10	07	20	16	12	15	28	08	12	07	15	10	14	05	10	15
Exercício do Sentir:																
Agradável	06	04	53	25	55	57	87	86	141	148	84	49	202	159	52	25
Desagradável	49	52	167	268	67	35	56	67	25	35	22	26	28	39	15	14
Sem Resposta	05	15	10	17	12	14	52	45	25	35	15	12	36	16	08	11
Exercício do Agir:																
Enfrentamento	05	07	48	77	61	97	95	96	108	165	85	45	172	183	61	25
Fuga/Esquiva	12	46	199	144	37	42	46	68	55	43	22	31	43	38	18	15
Sem resposta	11	10	65	45	29	38	14	10	18	22	12	11	19	12	11	08
Grupos de Técnicas Utilizados em Percentual																
Grupo IV	0%				27%				28%				32%			
Grupo III	0%				24%				26%				23%			
Grupo II	0%				28%				29%				29%			
Grupo I	0%				21%				17%				16%			
Como Ficou (em percentual):																
Melhor	0%				54%				69%				91%			
Pior	0%				34%				26%				06%			
Sem resposta	0%				12%				05%				03%			

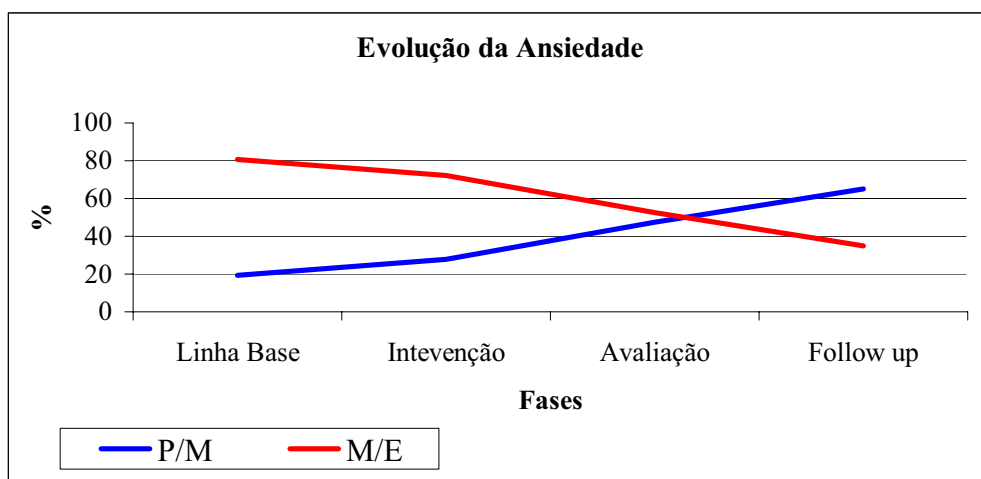


Fig. 6 – Avalia o da evolu o do grau de ansiedade do participante 3 nas 4 fases deste estudo, considerando como ansiedade normal o soma rio P/M e ansiedade intensa M/E

Os resultados apresentados na Tabela XXII foram coletados nos Diários de Registros do Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) e da Reestrutura o Cognitiva, somando-se todas as vezes que apareceram durante toda a pesquisa.

Pode-se observar na Tabela XXII que os números apresentados na Linha de Base revelam ansiedade “Extrema” para os contextos “no lar”, “eventos sociais” e “lar dos pais” de Pérola. Neste período da pesquisa sua ansiedade normal (soma rio de “Pouca” e “Moderada”), como observa-se nesta Tabela, era de 19,28%, enquanto a ansiedade disfuncionalizada (soma rio de “Muita” e “Extrema”) atingiu o percentual de 80,72%. Os números apresentados no Exercício do Pensar demonstram que a maioria dos pensamentos de Pérola era “Negativo”. Observa-se, ainda, que predominam os sentimentos “Desagradáveis”; consequenciando comportamentos de fuga/esquiva na grande parte de todos os comportamentos apresentados, ainda que havendo a ocorrência de comportamentos de enfrentamento. Na fase de Intervenção observa-se que houve uma significativa redu o da ansiedade registrada nos diversos contextos. A ansiedade normal soma 27,81% e a ansiedade intensa soma 72,19%. Esse resultado está refletido tanto nos pensamentos negativos, quanto nos sentimentos desagradáveis que apresentam uma diminui o, em sua ocorrência. Observa-

se, ainda, um significativo aumento nos comportamentos de enfrentamento, apresentando-se com maior ocorrência que os comportamentos de fuga/esquiva. Na fase de Avaliação, de acordo com a Tabela XXII, a ansiedade normal (47,48%) aproxima-se mais ainda da ansiedade disfuncionalizada (52,52%). Percebe-se que os pensamentos positivos têm maior número que os pensamentos negativos, assim como os sentimentos agradáveis. Os comportamentos de enfrentamento apresentam-se maiores que os de fuga/esquiva. Observa-se nestes comportamentos uma redução significativa dos níveis de ansiedade. Na fase de Follow up pode-se observar que os contextos registram um significativo controle da ansiedade. Os contextos com ansiedade “Pouca” e “Moderada” somam 64,96%, enquanto os contextos com ansiedade “Muita” e “Extrema” representam 35,04%. Os pensamentos positivos têm maior número, com maior incidência da ansiedade normal. Resultado semelhante pode ser observado nos sentimentos onde há maior incidência dos agradáveis, registrando, em maior frequência, ansiedade normal. No Exercício do Agir observa-se maior ocorrência de comportamentos de enfrentamento, com controle da ansiedade. Neste período observa-se no repertório comportamental de Pérola uma maior assertividade para com seus comportamentos ansiogênicos. O seu quarto, que antes era ambiente de reclusão, agora é por ela utilizado apenas no momento devido ao repouso noturno. A auto-observação consequenciou-lhe a definição de novas estratégias, com enfrentamentos mais assertivos. As técnicas foram usadas de forma bastante disciplinada pela participante, com equalização de seu uso. A redução de uso do Grupamento I de Técnicas nas fases de Avaliação e Intervenção foi justificada através da verbalização de Pérola: “no A.C.A.L.M.E. -S.E. tenho o Controle Respiratório e o Relaxamento. Essa técnica é perfeita!”.

Os contextos ansiogênicos de Pérola “lar de sua mãe” e “eventos sociais”, como demonstrado na Tabela XXII, na Linha de Base apresentam-se dentro do controle ansiogênico na fase de Follow up. Pérola ao invés de evitar a mãe, criou estratégias para uma

convivência mais equilibrada. Já com relação aos “eventos sociais”, a Dessensibilização Sistemática e o Ensaio Comportamental foram técnicas importantes na resolução dos problemas por eles gerados e definição de novas estratégias de enfrentamento. A discriminação de cada novo resultado positivo, por Pérola, a motivou manter o uso disciplinado das técnicas, levando-a a discriminar que poderia continuar amando seu ex-marido, sem se sentir frágil diante desse sentimento, sem descontrole de sua ansiedade, por exemplo. Ansiedade essa que Pérola passou a controlar intervindo em cada uma das contingências.

Tabela XXIII – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 3

Técnicas	Freqüência	Percentual de Freqüência
Acalme-se	242	19,85%
Reestruturação Cognitiva	231	18,95%
Cartas Não Enviadas	199	16,33%
Ensaio Comportamental	181	14,84%
Dessensibilização Sistemática	172	14,11%
Controle Respiratório	102	8,37%
Relaxamento	92	7,55%
Total Freqüência/%	1.219	100%

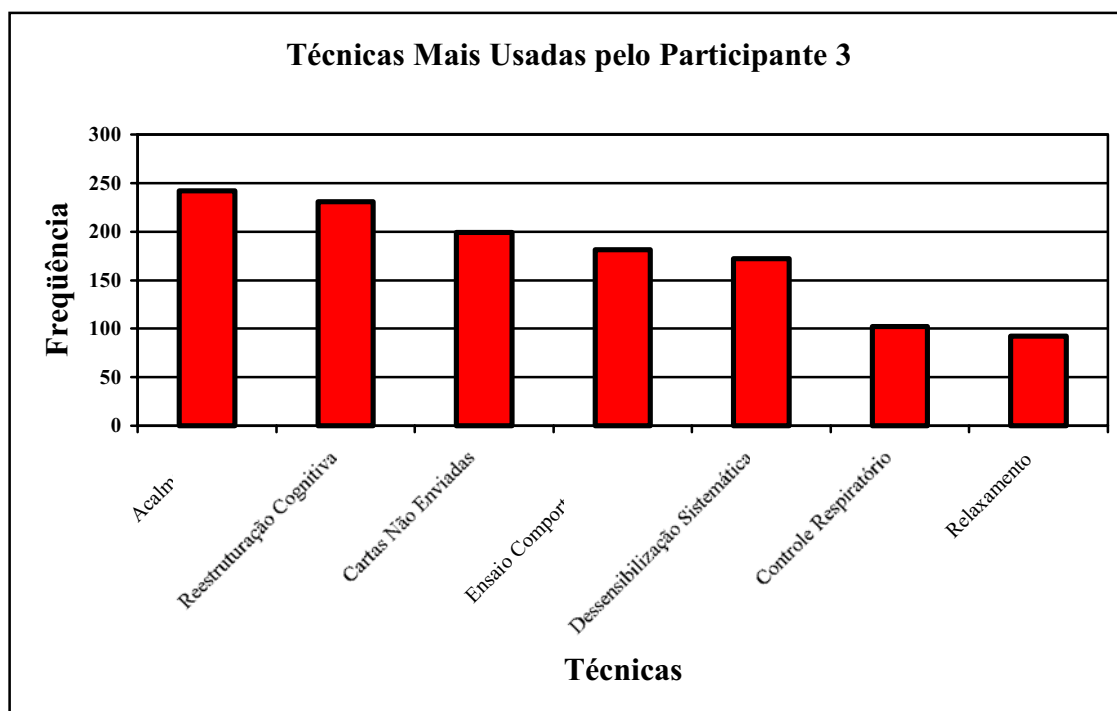


Fig. 7 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 3 durante a pesquisa.

Pelos dados apresentados na Tabela XXIII, Pérola apresentou maior aderência à técnica A.C.A.L.M.E. -S.E. (19,85%), seguida pela Reestruturação Cognitiva (18,95%), ambas do Grupamento II de Técnicas e Cartas Não-Enviadas (16,33%), do Grupamento IV. O Ensaio Comportamental (14,84%) e a Dessensibilização Sistemática (14,11%), basicamente com empate técnico, foram, também, bastantes usadas pela participante. Como já mencionado, anteriormente, Pérola apresentou disciplina no uso de todas as técnicas da pesquisa. Graficamente a Figura 7 apresenta tais resultados.

A Escrita Terapêutica, através dos diversos Diários de Registros e Cartas Não-Enviadas, além de mostrar-se como importante instrumento de mensuração da ansiedade, de avaliação dos comportamentos públicos e privados, possibilitando uma ampla avaliação dos repertórios comportamentais de Pérola, nos diversos contextos foi, também, importantíssima para que a participante avaliasse melhor seu repertório de comportamento diante das mais variadas contingências, geradoras de outras conseqüências.

Fragmentos de Sessão

Pérola – Jamais pensei que fosse possível dormir sem meus remédios. Me sentia totalmente dependente deles...

P/P – O que mudou?

Pérola – Apenas houve uma substituição, imagino: troquei os remédios pela terapia, quer dizer, pelas técnicas. Elas me permitem dormir sem ter que tomar o Dormonid, por exemplo. Elas tiram de dentro de mim tudo aquilo que me deixava triste, angustiada, deprimida, pensando que a morte fosse a solução.

P/P – Por que a morte não é mais a solução?

Pérola – Porque ela não resolve. Apenas interrompe minha capacidade de solução. Olha pra mim: veja o quanto tenho enfrentado meus problemas. Se tivesse suicidado, não teria resolvido nada.

P/P – Onde está a evidência de que as técnicas foram eficazes, eficientes para você?

Pérola – Olha para o conteúdo das tarefas que escrevi esse pouco tempo.

De acordo com estes resultados, observa-se que a Escrita Terapêutica foi a técnica de maior aderência desta participante. Aliás, ela sempre manteve o comportamento de escrever em seu diário pessoal, apenas não avaliava, tampouco intervinha em seus registros. Suas Cartas Não-Enviadas sempre foram muito longas, inclusive aquelas que foram escritas ao seu ex-marido:

Sargento “A”:

Hoje, uma manhã de segunda-feira tranqüila, estou um pouco ansiosa. Tem uma semana que estou ensaiando te ligar para pedir a certidão de casamento. Não sabe você que quero esta certidão pra eu ter o prazer de dar a entrada em nosso divórcio.

Até a palavra divórcio me entristece. Mas eu não quero ser mais humilhada por você, e se eu der essa entrada, a iniciativa partindo de mim, você sabe que vou me sentir melhor e você se sentirá traído, já que eu não vou te contar antes. Eu sei que se sentirá mal, porque cansei de ouvir você dizer-me que quem pede o divórcio se sente melhor e superior.

Agora a pouco, criei coragem e liguei. Ouvir sua voz me deixou meio confusa, mas passou logo. Agora sei que fiz uma tempestade em um copo de água. Você nem perguntou para que eu a queria. Eu, como sempre burra, é que justifiquei pra que a queria. É claro que é mentira quando disse-lhe que vou fazer inscrição para uma casa. Queria ter criado coragem e falado com você sobre a pensão que você tem depositado cada vez menos. Na realidade R\$340,00 menos. Você comprou o celular de minha filha com o dinheiro da mesada?! Pode deixar, semana que vem eu vou dar entrada nesse divórcio e antes vou fazer pessoalmente essa pergunta.

Quando você disse que “não está nada bem com você”, eu senti uma onda de carinho ao perguntar se era saúde. Se bem que no fundo gostaria que fosse com a mulher, mas como você me disse que não era saúde e sim preocupação com a nossa filha, que você liga e ela não retorna, me senti ótima. Me senti vingada de muitas coisas dentro de mim. É bom pra você saber que não é mais o seu ídolo, como era. E agora eu estou sempre do lado dela com todo o meu amor e carinho. Pode ter certeza, eu tento ao máximo superar a sua falta com ela. Eu tive muito tempo vivendo em meu egoísmo, como se fosse um caramujo. Só pensava em você. E meu sofrimento é hoje, graças a Deus, menor, muito menor: pouco penso nisso.

Nossa filha e eu somos prioridades. Saímos juntas, conversamos, falamos de “gatinhos”, cinemas, amigos. Os irmãos dela estão cada vez mais unidos. Hoje posso te dizer, com toda certeza, que voltamos a ser uma família. Tenho uma família sem o

pai, e daí? Meu pai morreu e nem por isso deixei de ter uma família. Sei que minha filha sente que somos uma família e ela sabe que tem um pai e uma mãe que a amam. Estou tentando, e sei que Deus tem me ajudado muito: você já faz parte de meu passado.

Passe muito bem!

Até qualquer hora!

Pérola.

Sempre que foi pedido à Pérola para escrever uma Carta Não-Enviada verbalizava: “você não me poupa mesmo! Você sabe que vou chorar muito!”. Mas sempre realizou essas tarefas com muita dedicação. Uma das Cartas que escreveu para sua mãe, durante este estudo, compôs-se de 20 páginas manuscritas frente e verso. Após serem trabalhadas em relaxamento profundo, Pérola assim resumia: “você me coloca em dor intensa ao me pedir essa tarefa, mas agora que fazemos essa técnica, é como se me arrancasse das entranhas um câncer maldito!”

Entre as dezenas de Cartas Não-Enviada, escritas por Pérola, a seguir há a que ela escreveu para sua filha caçula, desse casamento recém-desfeito. Pérola, nesse momento de depressão ampliada pela separação de seu marido, tornou-se reclusiva, negligenciado, inclusive, com sua higiene pessoal e com suas rotinas diárias. Os três filhos e dois netos, todos morando juntos, passaram a disputar a autoridade. Sua filha caçula, então, passou a ter que cuidar de sua mãe, como se esta fosse um bebê. Num certo dia, essa adolescente enfrentou a mãe, convocando-a a um comportamento mais equilibrado, de forma muito astuta. Magoada com o que a filha lhe fizera e, também, com vergonha por ter negligenciado tanto, Pérola foi estimulada a escrever à filha:

“Querida Filha!

Começar a escrever está sendo muito difícil para mim, principalmente depois daquela conversa que tivemos pela manhã. Reconheço, filha, que estou realmente cobrando muito de você, e dando muito pouco em retorno. Fique sabendo, filha, que você ainda é minha filhinha e, à vezes, eu esqueço que você também sofre do mesmo modo que eu sofro com toda essa situação. Antes, há quatro anos, éramos só nós três. Porque o seu irmão estava lá, mas não apitava em nada, respeitava muito seu pai. E nós dois, principalmente com você, não brigávamos nunca. Mas agora, como você mesma disse, seu irmão não te respeita como um ser humano de sentimentos iguais aos dele; aí grita contigo, briga, ameaça que vai te bater, e eu não tomo as dores de nenhum. Mesmo que você pense o contrário, dizendo-me que ele é meu queridinho, não é não, filha! Eu só estou com muito egoísmo, penso só em minha vida sentimental. Estou fechada com meu sofrimento e me esqueci que você é uma mocinha, uma adolescente, e não uma “aborrecente”. Eu disse a você, antes das férias, um monte de coisas, condições que eu não coloquei em prática e nem vocês – seus irmãos e sobrinhos. Nem o dia para rezarmos, como havia prometido antes, não tenho encontrado o tempo e nem usado a minha autoridade de mãe para fazer isso ou mesmo fazer seu irmão calar a boca, quando sei que é necessário. Mas foi bom você ter me enfrentado com suas palavras. Hoje eu me acordei e sei que você ainda tem pai e mãe, mesmo que separados. Mas nem por isso deixamos de te amar e querer como sempre. Você sabe que eu e seu pai preparamos muito para ter você. Só sei que eu e ele não demos certo mais como marido e mulher. Mas pode ter certeza, damos muito certo para te educar e, acima de tudo, te amar muito como pai e mãe.

Filha, você é muito importante para mim e, tenho certeza absoluta, sem medo de errar que para seu pai também. Te amamos, minha filha, como sempre. Só esquecemos é

que você cresceu. Eu te trato como uma criança, minha filhinha que eu punha no colo, acariciava e demonstrava o meu amor. Mas vou achar um jeito de te demonstrar que você é para mim a mesma filhinha. E eu vou falar com seu pai pra que eu e ele possamos agir como tal, pai e mãe, pra você deixar de sentir que não podemos mais agir da mesma forma com sua educação só porque temos hoje um destino diferente. Seu pai, minha filha, já refez sua vida sentimental. Eu esqueci de refazer a minha. Mas meu dia chegará, como você mesma já disse muitas vezes. Só quero que você entenda que te amo, e seu pai também. Ainda somos uma família, na sua educação. Eu tenho certeza que, se precisar, basta ligar que seu pai estará aqui. Então, tenta compreender que eu sou mãe e você é a filha, e não o contrário. Eu também vou procurar agir e ser, novamente, a mãe que você quer.

Mesmo com suas razões, eu quero e preciso ser respeitada como MÃE. Por isso, não esqueça de se colocar em seu devido lugar de FILHA.

Te amo demais!

Beijos!

Pérola”

Após essa carta ter sido trabalhada no setting da pesquisa, Pérola assim verbalizou:

Fragmentos de Sessão

Pérola – Nossa, parece que nem fui eu quem escreveu essa carta!

P/P – Por que fala assim?

Pérola – Porque ela é profunda, séria, adulta e muito equilibrada... pensar que eu estava tão magoada com a minha filha e comigo mesma!

P/P – Em que mudou após ter escrito?

Pérola – Primeiro que foi mais um câncer que você arrancou de dentro de mim. Segundo porque quando cheguei na sessão, logo após ter me desentendido com minha filha, estava muito arrasada. Quando você me pediu para escrever pra ela, fique puta da vida com você: escrever para alguém que havia me magoado tanto e me feito sentir tanta vergonha!!!

P/P – Sim, mas o que mudou?

Pérola – Sabe quando você faz uma faxina em casa? Primeiro você desmonta tudo, depois vai colocando tudo muito ordenado e limpo nos devidos lugares. Foi assim comigo ao escrever essa carta: estava desmoronada, destroçada, daí, cada coisa que ia escrevendo ia me ordenando, me limpando por dentro. Foi tão forte que me ‘desinfantilizou’. Puxa, minha filha sofrendo com a separação dos pais ainda teve que se comportar como minha mãe, coitadinha dela!!

P/P – Como você está agora?

Pérola – Com medo, mas com coragem para retomar o meu papel de mãe. Uma coisa é não ter marido, outra é ser mãe. E, agora, me sinto muito mais forte para sair daqui e ir de encontro com a minha vida lá fora. Nossa, vai ser uma batalha, mas terei que vencer!!!

Pérola, já contando com uma facilidade para escrever, encontrou na Escrita Terapêutica, em especial as Cartas Não-Enviadas, campo fértil para tornar público seus conteúdos privados e, muitas vezes, até encobertos. Escrever as Cartas levou-a antes, porém, utilizar-se do A.C.A.L.M.E. -S.E. e da Reestruturação Cognitiva para diminuir o nível de ansiedade em temas como “ex-marido”, “sua mãe” e “sua filha” lhe geravam.

Participante 4 - Cristal

Tabela XXIV - Comportamentos Repetitivos e Percentual de Frequência do Participante 4

Comportamentos Repetitivos	Linha de Base 1ª a 10ª Semanas		Avaliação 27ª a 30ª Semanas		Follow up 40ª Semana		Frequência.
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Total
Passar mãos nas pernas	266	93,01	16	5,59	04	1,40	286
Secar as mãos com toalhinha	242	93,80	13	5,04	03	1,16	258
Olhar para as mãos	172	89,58	15	7,81	05	2,60	192
Olhar para os pés	120	89,55	11	8,21	03	2,24	134
Ajeitar os cabelos com as mãos	98	91,59	07	6,54	02	1,87	107
Conferir se a camiseta está cobrindo os glúteos	86	87,76	08	8,16	04	4,08	98

Observa-se na Tabela XXIV que a frequência dos comportamentos repetitivos de Cristal, no momento da Linha de Base, deste estudo, durante 10 semanas, é considerada bastante alta. Os seus comportamentos mais frequentes têm ocorrência superior a 87,76%, sendo que o de maior ocorrência “passar as mãos nas pernas” alcança a frequência de 266. Na fase de Avaliação pode-se observar uma significativa redução em todos os seis comportamentos de maior frequência. Observa-se, inclusive, que a maior redução na frequência é apresentada pelo comportamento que na Linha de Base registrava grande ocorrência: “secar as mãos na toalhinha” (Fórmula: % da Linha de Base menos do Follow up = 92.64%). Usando desta mesma avaliação o comportamento que registrou a segunda maior

redução foi o de “passar as mãos nas pernas”: 91,61%. Observa-se que houve uma redução acentuada de todos os comportamentos que registravam grande frequência.

Fragmentos de Sessão

P/P – Ao analisar os números dos Diários dos Comportamentos Repetitivos, o que lhe ocorre?

Cristal – Nossa, cara! Me dá uma coisa ruim lembrar como minha vida era ruim. Nossa! Minhas mãos e meus pés molhados o tempo todo, e eu me sentindo suja... doente!

P/P – E, então, o que lhe ocorre?

Cristal – Me sinto mais segura, mais leve. Sabe, minha vida era puro desespero. Tinha que ficar o tempo todo conferindo meus pés, mãos, meus cabelos, meu bumbum. Cara, que cansaço era! Hoje já tenho mais tranquilidade para viver: não tenho mais minas de água em minhas mãos, em meus pés!

P/P – Você demonstrou bastante resistência em fazer esta tarefa, isto é, registrar os seus comportamentos repetitivos.

Cristal – É que eu ficava com muita raiva em ter meus pés e mãos sempre molhados; me achava feia e, você, drasticamente me colocava para marcar cada um deles, na maior sacanagem, pois só ocorriam o tempo todo. Com ira de você, só tempão depois é que percebi que esta tarefa – parece coisa de colégio – só estava me ajudando a melhorar. Como tudo aqui!!!

Na vigésima nona semana Cristal chega ao setting desta investigação assim verbalizando:

Fragmentos de Sessão

Cristal – Cara, quer saber de uma coisa: sabia que hoje me sobra o maior tempão para eu ser mais bonita e mais segura? Cara, não sou mais suja e nem tenho o corpo feio. Sabe, me escondi tanto de mim mesma, sendo que sou até gostosinha, bonitinha.

O comportamento desta participante que mais chamava a atenção, de todos os comportamentos de grande frequência era o de “secar as mãos com a toalha” (na Linha de Base com ocorrência de 266 ou 93,01%). A frequência alta de todos os comportamentos deixava Cristal hiperativa. Ainda que muito triste ou deprimida, ela se movimentava muito, sempre. A tarefa de registrar tais comportamentos em diários, paralelamente com o apoio das demais técnicas, modelou na participante outros repertórios comportamentais.

Tabela XXV - Pontos Negativos ou Fracos do Participante 4

Pontos Negativos ou Fracos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1°) Ter mãos e pés sempre suados												
(2°) Ser explosiva												
(3°) Ser temperamental												
(4°) Ser complexada												
(5°) Ser horrível												
(6°) Me esconder da vida												

Tabela XXVI - Pontos Positivos ou Fortes do Participante 4

Pontos Positivos ou Fracos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa											
	Linha de Base				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1°) Ser verdadeira												
(2°) Buscar acertar sempre												
(3°) Acreditar que posso ser melhor												
(4°) Me reconhecer												
(5°) Saber controlar minha emoção												
(6°) Manter meus pés e mãos secos												

Os Pontos Negativos ou Fracos, apresentados na Tabela XXV, assim como os Pontos Positivos, mostrados na Tabela XXVI, foram realizados por Cristal como Tarefa de Casa. Destaca-se, aqui, que Cristal não queria apontar nenhum Ponto Negativo:

Fragmentos de Sessão

Cristal – Pó, cara! Caramba, já sou tão deformada, suja! Fala sério, me livra de fazer essa droga!

P/P – Não estou lhe pedindo para criar em você Pontos Negativos, apenas peço-lhe para observar se você percebe algum.

Cristal – Pra quem a vida inteira quis acertar, é muito duro perceber Ponto Negativo, sabia?

Pontos Negativos - Cristal chegou, na sessão seguinte, com os Pontos Negativos bem definidos. No setting, conseguiu hierarquizá-los, definindo os graus de ansiedade, com bastante ansiedade. Todos os seis Pontos Negativos apresentaram grau de ansiedade “Extrema”, como demonstrado na Tabela XXV. Na fase de Avaliação, Cristal manteve a mesma hierarquização para todos os itens, alterando apenas o grau de ansiedade de todos eles para menor. Todos os Pontos Negativos, com a exceção do 4º “ser complexada”, classificado nesta fase com ansiedade “Moderada”, os demais registraram ansiedade “Muita”. Já no Follow up, o nível de ansiedade de todos esses itens foi normal, variando entre “Moderada” e “Pouca”, como observado na Tabela XXV.

Pontos Positivos - Já no Diário de Pontos Positivos, Cristal trouxe dois itens: “ser verdadeira” e “buscar acertar sempre”, como observa-se na Tabela XXVI. Após a hierarquização observou-se que a estes dois itens o grau de ansiedade também foi muito

intenso: “Extrema”. Na fase de Avaliação dos Pontos Positivos, Cristal complementou esses itens com quatro outros pontos: 3º, 4º, 5º e 6º. Os dois primeiros Pontos Positivos ou Fortes, apresentados na Linha de Base, o grau de ansiedade registra agora, como observa-se na Tabela XXVI, uma significativa redução em sua ocorrência, enquanto os novos Pontos “acreditar que posso ser melhor”, “me reconhecer”, “saber controlar minha emoção” registram grau de ansiedade “Muita” e “manter meus pés e mãos secos”, ansiedade “Moderada”. Finalmente, na fase de Follow up todos estes itens, segundo os dados da Tabela XXVI, apontam ansiedade normal, entre “Moderada” e “Pouca”.

Ao finalizar estas três fases de avaliação, tanto dos Pontos Fracos, quanto dos Pontos Fortes, Cristal pode melhor analisar seus resultados, comparando-os aos seus comportamentos atuais:

Fragmentos de Sessão

Cristal – Caramba! Minha ansiedade acelerava a mil por hora! É interessante olhar para os graus de ansiedade, eles estão lá em cima, quando começamos. Carambá, até para os Pontos Positivos!

P/P – Perfeito, Cristal, mas avalie esses dados nas três fases.

Cristal – Fomos fera demais! Sabe o que vejo aqui? Eu que sempre acreditava que estivesse buscando acertar, tava mais errando. Caramba! Como eu era complexada! Mas também, essas mãos pingavam água o tempo todo, assim como os meus pés molhavam as meias e os tênis.

P/P – Mas, e agora, como você está?

Cristal – Chique do último! Olha só: estão sequinhos!

A comparação dos valores e da hierarquização, registrados nos Diários dos Pontos Fracos e Fortes, funcionou como reforços positivos para Cristal. Ela sempre se mostrou muito insegura consigo mesma e esta insegurança se generalizou a todos os seus papéis sociais. O seu fazer de cada Tarefa de Casa, de cada técnica, a amparou na melhoria de seu repertório comportamental. Já a partir da fase de Avaliação, sua crença em si própria já se mostrava bastante eficaz e eficiente. A manutenção das técnicas e de estratégias para se comportar, renderam-lhe melhor assertividade ainda, a partir da fase de Follow up.

Tabela XXVII – Resultado IDATE do Participante 4

Linha de Base			Avaliação			Follow up		
A – Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas	A - Estado	A - Traço	Sintomas
62	66	67	58	63	53	51	46	48

Cristal, segundo o que se observa na Tabela XXVII, apresentava sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão em nível acima do considerado como normal, isto é, 51,82%, vez que o resultado do A-Estado (estado emocional transitório) é de 62 na Linha de Base. A participante apresentava, ainda, elevação dos níveis de ansiedade quanto a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, como pode ser observado em seu resultado de A-Traço (66). Sua sintomatologia ansiogênica, colhida na Parte III – Complementação/Sintomas – enquadra-se nos critérios de intensa ansiedade (67). Na fase de Avaliação, os resultados apresentados no IDATE, de acordo com a Tabela XXVII, período em que Cristal já utilizava todas as técnicas, colhidos na vigésima oitava semana da pesquisa, apresentam uma acentuada evolução positiva quanto à tensão e apreensão (58), assim como de sua sintomatologia ansiogênica. Sua reação ante a situações percebidas como ameaçadoras, como pode ser observado em sua Parte II (63), apresenta uma acentuada

melhoria. Destaca-se que neste período Cristal, ainda que cursando o terceiro ano do segundo grau foi estimulada, pela pesquisadora/psicoterapeuta, a prestar o vestibular, como uma atividade de enfrentamento de seu comportamento de fuga/esquiva e de Reestruturação Cognitiva do pensamento de que não mais alcançaria o sucesso em coisa alguma. Cristal foi aprovada para o curso de direito, mas como não havia concluído o segundo grau, teve que deslocar-se a um outro Estado, onde submeteu-se a um exame do Ministério da Educação, para conclusão do segundo grau. Foi aprovada. Ao retornar, matriculou-se na universidade. Ao iniciarem as aulas outro problema:

Fragmentos de Sessão

Cristal – Não posso ir para a universidade.

P/P – Você foi aprovada no vestibular, foi aprovada no exame conclusivo do segundo grau, do MEC, matriculou-se no curso de direito. O que a impede de ir à universidade?

Cristal – Eu não vou me sentir bem lá.

P/P – Qual a evidência que você tem?

Cristal – Caramba! Lá vem você de novo com evidência?

P/P – Sim, qual a evidência que você tem?

Cristal – Nenhuma! Mas só há lá pessoas muito adultas. Só coroa faz direito à noite.

P/P – Bem, não tenho conhecimento de pesquisa científica sobre esse dado. Portanto, penso que a única forma de você comprovar essa hipótese é cursar este primeiro semestre da universidade.

Na fase de Follow up observa-se, através da Tabela XXVII, níveis de ansiedade dentro da normalidade tanto na Parte I, A - Estado (51), que avalia a tensão e apreensão, ou seja, o estado emocional transitório, quanto na Parte II, A - Traço (46), que avalia a tendência

de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, bem como a sintomatologia ansiogênica, avaliada na Parte III, Sintomatologia (48).

Ainda que sendo um instrumento de avaliação do estado transitório da ansiedade, o IDATE apresentou a ansiedade real vivenciada por Cristal nos momentos a ele submetida. Na fase de Avaliação, quando já usava com disciplina as técnicas, apresentando enfrentamento a muitas situações que antes lhe geravam comportamentos de fuga/esquiva, como passava por novas e avaliativas situações – vestibular e exame do Ministério da Educação – sua ansiedade registrou níveis altos. Na fase de Follow up, quando já cursava mais de dois meses de direito na universidade, sentindo-se bem integrada ao curso e à turma, já havia sido aprovada num processo seletivo para trabalhar numa loja de departamento, sua ansiedade apresentava-se dentro de níveis considerados como normais do seu estado emocional transitório.

Tabela XXVIII – Eventos Ansiogênicos Participante 4

Eventos Ansiogênicos	Graus de Ansiedade durante a Pesquisa															
	Linha de Base				Intervenção				Avaliação				Follow up			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
(1º) As pessoas perceberem o suor em minhas mãos e pés																
(2º) Medo de fracassar na vida																
(3º) Não ser adequada socialmente																
(4º) Decepcionar as pessoas que me querem bem																
(5º) Não conseguir ser a filha que meus pais sempre almejavam																
(6º) Pânico de enfrentar a vida																

Todos os eventos, hierarquizados na Tabela XXVIII, geravam em Cristal intensa ansiedade, mantendo comportamentos de fuga/esquiva, com respostas fisiológicas desconfortáveis, sendo que a mais imediata era o suor intenso em suas mãos e pés. Após a Linha de Base, quando a dessensibilização pode ser trabalhada, tais eventos foram dessensibilizados na seguinte ordem, uma vez que todos geravam-lhe “Extrema” ansiedade:

1º = não ser adequada socialmente;

2º = decepcionar as pessoas que a querem bem;

3º = não conseguir ser a filha desejada pelos pais;

4º = medo de fracassar com a vida;

5º = pânico de enfrentar a vida;

6º = as pessoas perceberem o suor em minhas mãos e pés.

Como pode-se observar, na referida Tabela, na fase de Intervenção houve apenas uma pequena alteração, para menor, nos níveis ansiogênicos de três dos seis itens: “decepcionar as pessoas que a querem bem” (“Muita” ansiedade), “não conseguir ser a filha que meus pais sempre almejaram” (“Muita” ansiedade) e “pânico de enfrentar a vida” (“Moderada” ansiedade). Já no momento de Avaliação observa-se ansiedade normal para os itens 1º, 3º e 4º (“Moderada”) e “Muita” ansiedade para os itens 2º, 5º e 6º. No Follow up, pode-se perceber níveis normais de ansiedade – “Moderada” – para todos os itens.

Fragmentos de Sessão

Cristal – Cara é muito bom o que estou vivendo em minha vida neste momento.

P/P – Você pode explicar-se melhor?

Cristal – Posso não ser a melhor filha, mas, tipo assim, me percebo como uma filha já de muitas glórias para meus pais: venci o vestibular, o exame do Ministério e o processo seletivo. Como as pessoas têm me elogiado depois que estou assim... saudável, equilibrada! Cara, to enfrentando as situações todas que antes transformavam minhas mãos em poços de água, com controle. Sabe, parece milagre, sei lá, é muito bom!!

Cristal apresentou grande resistência à Dessensibilização, especialmente até ser incluído o 3º item nesse procedimento (não conseguir ser a filha desejada pelos pais). A partir do 4º item (medo de fracassar com a vida), já apresentava um comportamento de buscar os resultados positivos desta técnica. À medida que os eventos novos e ansiogênicos, como vestibular, exame do MEC e seleção profissional, foram ocorrendo, transformaram-se em

contingências fortes e importantes à Cristal para manter comportamentos de enfrentamento, estabelecendo estratégias adequadas. Destaca-se que no momento de fazer a Dessensibilização Sistemática do item 6º (as pessoas perceberem o suor em minhas mãos), Cristal já não mais transpirava as mãos e os pés de forma anormal, mas ainda assim mantinha o comportamento de carregar consigo a toalhinha. Desta forma, a Dessensibilização foi realizada com a finalidade de eliminar o comportamento de carregar a toalha. A funcionalização desses eventos ansiogênicos foi realizada com o suporte de outras técnicas, como a Reestruturação Cognitiva e o A.C.A.L.M.E. -S.E.

**Tabela XXIX – Grau de Ansiedade Exercícios do Pensar, Sentir e Agir do
Participante 4**

Questões Monitoradas	Graus de Ansiedade															
	Linha de Base Freqüência				Intervenção Freqüência				Avaliação Freqüência				Follow up Freqüência			
	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E	1 = P	2 = M	3 = M	4 = E
Contexto:																
No Lar	14	16	28	55	18	26	33	36	26	28	42	17	29	58	16	10
Na escola/universidade	01	11	45	72	12	23	56	38	22	27	72	08	48	61	20	11
Eventos Sociais	00	22	52	66	16	28	61	35	25	33	68	14	48	46	23	13
No trabalho	00	00	43	58	07	13	51	30	14	38	46	03	29	52	13	07
Outros	00	12	26	33	11	18	31	11	24	33	05	05	23	38	07	03
Total	15	61	194	284	64	108	232	150	111	159	237	47	177	265	79	44
% Agrupado	13,72		86,28		31,05		68,95		48,74		51,26		78,23		21,77	
Exercício do Pensar:																
Positivo	03	08	16	12	41	50	79	59	148	196	44	23	166	212	21	16
Negativo	08	46	146	236	57	68	60	63	23	31	12	10	31	16	07	08
Sem Resposta	04	07	32	36	21	26	09	33	66	43	11	07	28	31	07	11
Exercício do Sentir:																
Agradável	03	07	16	14	101	109	41	46	162	216	48	27	172	230	13	21
Desagradável	11	48	158	248	63	68	27	28	23	23	08	06	20	11	20	13
Sem Resposta	01	06	20	22	21	21	17	12	52	31	11	07	23	14	12	07
Exercício do Agir:																
Enfrentamento	01	03	10	12	107	149	49	32	197	249	23	11	188	245	17	13
Fuga/Esquiva	12	52	163	252	45	22	17	21	21	25	12	04	17	21	05	06
Sem resposta	02	06	21	20	33	27	19	33	42	27	03	00	41	00	03	00
Grupos de Técnicas Utilizados em Percentual																
Grupo IV	0%				31%				32%				33%			
Grupo III	0%				16%				15%				14%			
Grupo II	0%				25%				24%				22%			
Grupo I	0%				28%				29%				31%			
Como Ficou (em percentual):																
Melhor	0%				66%				78%				89%			
Pior	0%				30%				21%				07%			
Sem resposta	0%				04%				01%				04%			

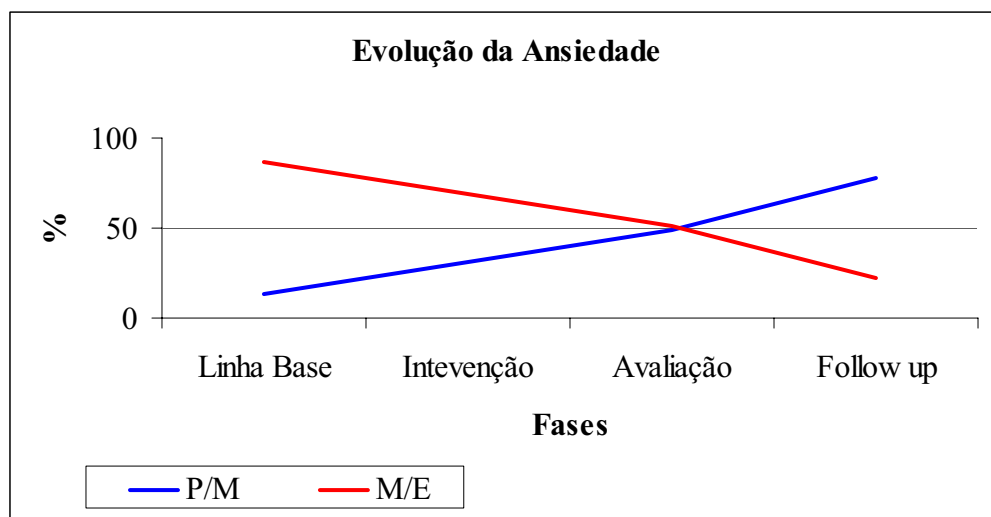


Fig. 8 – Avaliação da evolução do grau de ansiedade do participante 4 nas 4 fases deste estudo, considerando como ansiedade normal o somatório P/M e ansiedade intensa M/E

Como observa-se na Tabela XXIX os números coletados nos Diários de Registros do Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir) e da Reestruturação Cognitiva, somando-se todas as vezes que apareceram durante a realização deste estudo. Por esta Tabela pode-se observar que no momento da Linha de Base todos os contextos geradores de ansiedade intensa, em Cristal, isto é, o somatório dos níveis “Muita” e “Extrema”, atingem o índice de 86,28%, enquanto o somatório dos contextos de ansiedade normal “Pouca” e “Moderada” alcançam índice de 13,72%. Nesta fase, percebe-se que os pensamentos negativos predominam em Cristal, com ansiedade intensa. Os sentimentos desagradáveis têm maior ocorrência, com incidência de ansiedade disfuncionalizada, consequenciando esta contingência, comportamentos de fuga/esquiva que, mantém a ansiedade em altos níveis. Na fase de Intervenção, observa-se uma sensível diminuição do nível de ansiedade intensa, que agora chega à casa dos 68,95% e, conseqüentemente, um acréscimo da ansiedade normal, chegando aos 31,05%. Nesta fase observa-se uma melhoria dos pensamentos positivos sobrepondo-se aos pensamentos negativos, ainda que com uma proximidade com os níveis de ansiedade sendo maiores para intensa. O sentimento agradável assume a liderança, percebendo-se uma ansiedade normal. Inclusive nos sentimentos desagradáveis a ansiedade normal predomina. O

enfrentamento é o comportamento de maior ocorrência, com controle da ansiedade. No período da Avaliação percebe-se, pelos números da referida Tabela, uma proximidade muito grande entre os níveis de ansiedade. A ansiedade normal soma 48,74%, enquanto a intensa soma 51,26%. Nesta fase há a predominância dos pensamentos positivos, com ansiedade normal, assim como do sentimento agradável. O agir com enfrentamento conseqüência ansiedade normal. Já na fase de Follow up, já observa-se a dominância da ansiedade normal, 78,13% aos diversos contextos, e reduzida ansiedade intensa, 21,77%. Nesta fase os pensamentos positivos, como pode-se observar, são predominantes, com controle da ansiedade, bem como os sentimentos agradáveis e o próprio agir com enfrentamento, geradores de ansiedade normal.

Os Diários de Registros, como observa-se na Tabela XXIX, foram instrumentos importantíssimos para a mensuração do nível de ansiedade de Cristal e melhor avaliação de suas respostas às diversas contingências comportamentais. Todas as emoções negativas de Cristal foram, uma-a-uma, trabalhadas no setting da pesquisa visando melhor adequação dos repertórios públicos e privados, especialmente os encobertos da participante. Na Figura 8, pode-se observar, graficamente, como se processaram os dois tipos de ansiedade agrupados, isto é, normal (P/M) e intensa (M/E).

Tabela XXX – Técnicas Mais Usadas pelo Participante 4

Técnicas	Frequência	Percentual de Frequência
Controle Respiratório	138	18,4
Cartas Não Enviadas	128	17,07
Ensaio Comportamental	112	14,94
Dessensibilização Sistemática	109	14,53
Relaxamento	97	12,93
Reestruturação Cognitiva	87	11,6
Acalme-se	79	10,53
Total Frequência/%	750	100%

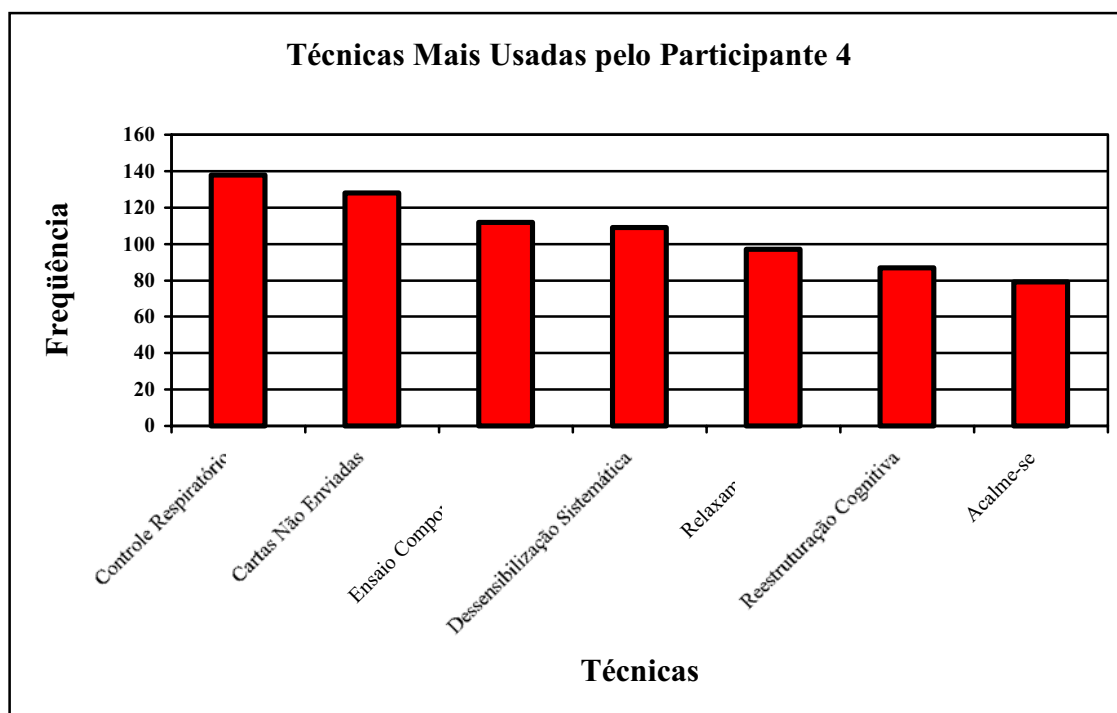


Fig. 9 – Frequência de técnicas mais utilizadas pelo participante 4 durante a pesquisa.

Como é possível observar na Tabela XXX, Cristal apresenta maior aderência à técnica de Controle Respiratório, seguida pelas Cartas Não-Enviadas. Houve um empate técnico de

escolha entre as técnicas de Ensaio Comportamental (14,94%) e Dessensibilização Sistemática (14,53%).

Fragmentos de Sessão

Cristal – Sabe, há momentos em que fico com raiva de tudo, inclusive dessas tarefas.

P/P – O que a faz ter esse sentimento?

Cristal – Todas essas coisas que acontecem só comigo, cara.

P/P – Como lidar com essas coisas para que elas sejam-lhe menos aversivas?

Cristal – As técnicas, você e tudo isso que a gente tem feito aqui. Como poderia acreditar que minha respiração influísse no suor de minhas mãos e de meus pés? Como poderia pensar que escrever uma carta, olha que louco, que jamais enviaria a alguém poderia retirar de dentro de mim uma dor tão ruim, tão chata? Cara, pensava que nunca ninguém iria me perceber e me aceitar.

Um comportamento sempre muito freqüente em Cristal era o choro intenso em cada encontro. À medida que ela pode trabalhar a rejeição que sua mãe teve por ela, ao saber-se grávida; quando ela enfrentou, com sucesso, o vestibular e a faculdade de direito; quando submeteu-se a uma seleção profissional, sendo a escolhida; quando Cristal foi enfrentando cada uma das situações, antes muito aversivas ou muito temidas, o controle de sua emoção foi sendo alcançado.

As Cartas Não-Enviadas sempre foram realizadas por Cristal com muita aceitação, ainda que nela gerassem sofrimento intenso, como esta, a seguir:

Mãe!

Tô aqui em meu quarto já pelo menos umas duas horas, trancada e chorando. Sentindo raiva, sentindo ódio, sentindo muita dor. Te escrever tá sendo um sufoco. Sinto como se dentro de mim tudo estivesse inchando, parece que vou explodir. Sabe mãe, tô com raiva também de minha psicóloga: que droga de tarefa é essa?! Não vou dar conta mãe: minhas mãos não estão me deixando escrever, pois tenho que enxugá-las o tempo todo, é um saco, é um sofrimento. É o grito dentro de mim que sou uma pessoa desequilibrada. Que raiva que eu tenho de você ter me feito assim. Por que você não me abortou, assim que soube que estava me esperando? Por que manteve essa gravidez, se não a queria? Mãe, todos falam que eu pareço demais com você: brava, briguenta, impaciente, egoísta e ansiosa. Por que você me fez assim, droga? Não posso nem sair com meus amigos, pois tenho que levar essas benditas toalhas, que você mesma compra para eu enxugar as mãos. O tempo todo vejo você protegendo minha irmã, dizendo que meu irmão está certo e pra mim só resta: “deixa de ser nervosa e manhosa”. Ah, mãe, você nunca me protege, nunca me percebe certa. E, quando você fica aqui dando esquete, morro de raiva: não quero ser parecida com você. Você é horrível mãe, é desequilibrada, é insegura. Quero ser inteligente, quero ter a minha profissão, comprar o meu carro, ser independente de você e de meu pai. Sabe, mãe, muitas vezes fico cheia de culpa de ter esses sentimentos todos por você. Vejo você correndo pra lá e pra cá para me buscar nos colégios e aos meus irmãos, nas festas, nas casas de nossos amigos, pois meu pai quase sempre está viajando a trabalho. Sinto que você se cansa e nós estamos sempre exigindo de você. Você não sabe dizer não, parece que tem culpa. Mãe, queria te dizer que não me sinto amada por você e isso me faz muito mal, me faz agressiva, tenho raiva de tudo e de todos. Por que, mãe, você me ensinou todos esses comportamentos de gente doida? Me sinto horrível, sou

horrível! Mas por outro lado, sei também que você sofre em ver o meu sofrimento, talvez seja culpa de ter me rejeitado, eu sei. Certa noite, depois que dei muito trabalho a todos vocês, quando você pensou que havia me acalmado, me feito dormir, você falou para o meu pai, chorando: “será que tudo isso nela é porque eu não queria a gravidez dela?” Você nunca me falou nada. Apenas fiquei com mais raiva ainda de tudo. Mas ao mesmo tempo fico com dó de você mãe, não queria ser um estorvo em sua vida!

Tchau!

Cristal gastou três semanas para escrever esta carta, acima, à sua mãe. Depois de ter sido trabalhada no processo de pesquisa/psicoterapia, a participante chegou a uma conclusão básica:

Fragmentos de Sessão

Cristal – É claro que tudo que aprendi, muito mais foi dentro de minha casa. É claro que fiquei muito mais tempo perto de minha mãe que de qualquer outra pessoa. É claro que minha mãe é insegura. Mas do que adiante eu ficar aí com raiva de tudo e de todos porque minha gestação não foi aceita por minha mãe?

P/P – Se é assim, o que fazer para corrigir essa emoção negativa?

Cristal – Posso ser parecida com minha mãe, mas não sou minha mãe, e pronto. Tenho que me desligar dos comportamentos de minha mãe e aprender a ser eu, sem culpar ninguém pelo que sou. De agora para frente, cara, eu sou responsável por mim.

Depois de Cristal chegar as estas cognições básicas, a pesquisadora/psicoterapeuta pediu-lhe que respondesse esta carta como se fosse sua própria mãe. A princípio, Cristal relutou muito, questionou como é que ela poderia entrar no papel de mãe. Mas, voltou para casa e no encontro seguinte trouxe a seguinte carta-resposta:

Minha filha querida!

Você nem imagina o quanto eu a amo, o quanto a quero feliz, vivendo a vida como uma adolescente, uma mocinha, uma mulher normal.

Filha, por que você não me disse nada sobre aquilo que escutara aquela noite? Sabe, filha, quando me engravidei de você, o seu irmão era ainda um bebê. Eu não podia trabalhar, e os ganhos do seu pai estavam aquém de nossas despesas. Não foi você que rejeitei. Filha, nem sabia que estava esperando você. Sabia apenas que era outro filho: mais mamadeiras, fraldas, remédios, médicos, roupas... e o dinheiro? Como nós faríamos para cuidar bem desse bebê com tanta dificuldade financeira? Mas isto foi só no momento que soube. Depois seu pai foi organizando o seu trabalho, o dinheiro começou a pingar, minha barriga crescendo sempre, eu comendo e engordando e amando você, meu amor. Quando você nasceu, senti muita alegria quando o médico disse que você era uma mocinha. Sabe, filha, sou uma pessoa insegura mesmo: tenho três filhos para criar, quero o melhor para eles e dependo exclusivamente do dinheiro de seu pai. Cada um de vocês me pedindo as coisas, eu tendo que me equilibrar e me ajustar com seu pai. Filha, faço um malabarismo enorme para não deixar de atender vocês e nem destruir o seu pai, coitado! Olha, meu amor, se você fizer esse tratamento com a psicóloga direitinho, não terei que comprar essas toalhinhas, você não terá as mãos e os pés molhados, poderá sair e ser uma mocinha feliz. É tudo que eu quero para você, minha filha. E, sabe de uma coisa, fico muito orgulhosa que você se pareça comigo, acho você linda, inteligente, esforçada. É bem verdade que precisa melhorar o humor. Filha, perdoe-me por tê-la feito sofrer tantos anos pensando errado sobre o fato ocorrido. Sou muito feliz em ser sua mãe. Te amo muito minha filha!

Ao concluir esta tarefa, Cristal chegou ao setting, chorou muito com a carta em punho, depois disse:

Fragmentos de Sessão

Cristal – Cara, antes de escrever, por minha mãe, esta resposta a minha carta, tomei coragem e fui conversar com ela sobre minha gravidez. Fiquei surpresa com o que ela me revelou. Meu pai chegou e entrou em nossa conversa. Ele falou da alegria deles com esse segundo filho que estava a caminho. Minha mãe explicou todas as dificuldades que ela e meu pai estavam enfrentando: casaram-se e logo ela se engravidou, daí a pouco, nova gravidez. Ela teve medo que meu pai brigasse com ela, que meu pai não desse conta de tantas despesas. Sabe, nem tive coragem de contar para ela o que ouvi aquela noite em que dei um esquete tremendo.

P/P – Como, então, você vê sua mãe agora, e como fica sua vida?

Cristal – Minha mãe me ama, agora sei disso. Minha vida, cara, vou ter que construir. Não há mais a desculpa de minha mãe.

O tema mãe foi o mais aversivo para Cristal, quando as Cartas Não-Enviadas passaram a ser trabalhadas neste estudo, foi sua mãe (que emparelhava sua gravidez, sua histeria e as conseqüências negativas desses comportamentos). Apesar do sofrimento que este tema lhe causava, ela mostrou-se determinada a seguir adiante com o processo, ainda que gastando mais tempo que o esperado para a realização de tal tarefa. Os outros temas foram menos aversivos: aqueles relacionados a seu pai, a seu irmão, à sua irmã, seu grupo social, a escola, a universidade, o ex-namorado, e sua capacidade profissional, além de sua própria ansiedade.

Cristal sempre demonstrou muito capricho e dedicação com as tarefas. Em todos os encontros trazia um cartão manuscrito, com dezenas de frases suas para esta pesquisadora, sempre pedindo seu apoio e agradecendo os benefícios que estava recebendo.

Em Cristal todas as técnicas, apesar de que a própria literatura comprove a melhoria das situações disfuncionalizadas, através de seu uso sistemático, elas, a princípio, geravam muito sofrimento, caracterizando-se em reforço à médio e longo prazo. Até mesmo o Controle Respiratório, nos primeiros momentos de seu uso, provocou nesta participante desconforto: sensação de desmaio. Importante destacar que mesmo diante desse quadro Cristal sempre acreditou muito que o processo desenvolvido nesta pesquisa fosse ajudá-la:

Fragmentos de Sessão

Cristal - Sei, cara, o quanto estou sofrendo. Mas se aqui não puder me ajudar, sei que não terei jeito mais nesta vida. Por isso tenho buscado fazer todas essas técnicas bem direitinho. Escrever, registrar tudo isso, tem sido muito bom.

Discussão Geral

Por ser a ansiedade uma emoção básica experimentada pelos seres humanos, sendo diretiva, como aponta Staats (1996), ou um efeito colateral das contingências, como defende Skinner, estes seres a tem experimentado das mais diversas formas: positiva e negativa. E é esta emoção básica que tem levado muitos cientistas debruçarem-se em análise, observação e intervenção direta desta emoção, para melhor conhecer o comportamento humano. Os analistas do comportamento, em especial, atestam que o comportamento se dá a partir da interação com o meio ambiente. Skinner (1991) chama a atenção para a importância decisiva da interação tanto positiva quanto aversiva com o meio ambiente na definição do repertório comportamental. Para ele o modo como as pessoas pensam determina o seu agir.

Inúmeras pesquisas relatam o sofrimento intenso que acomete o ser humano quando este não dispõe, em seu repertório comportamental, do controle da ansiedade, de sua emoção. Quais seriam as variáveis controladoras desse repertório disfuncional? Todos esses trabalhos têm contribuído para o avanço da ciência, uma vez que a ansiedade é um produto da subjetividade humana, isto é, do mundo privado e até encoberto, tornando seu contexto complexo e de difícil acessibilidade.

Estudar a ansiedade é enfrentar desafios mais complexos do que esta própria emoção, vez que em cada ser humano, ainda que haja semelhança entre as contingências, ela conseqüência comportamentos adversos. Daí a complexidade em definir instrumentos de mensuração fidedigna da subjetividade emotiva.

Clínicos do comportamento humano vêm trabalhando com a Escrita Terapêutica com a finalidade de acessar, aquilo que para Skinner é inacessível: o mundo privado e até encoberto. Estes estudos se baseiam nos relatos verbais públicos, através da fala, e privados, através da escrita; da observação direta dos comportamentos e da sintomatologia apresentada pela ansiedade. Não basta a estes estudiosos conhecer apenas as contingências públicas

aversivas, para estabelecerem estratégias efetivas de controle da ansiedade. É preciso, também, conhecer as contingências privadas e encobertas. É claro que o cliente, muitas vezes, omite dele próprio, de forma involuntária, a causa de sua sintomatologia; outras vezes, voluntariamente, omite de seu próprio psicoterapeuta, essas causas. A Escrita Terapêutica, segundo Kazantzakis (1998) encoraja clientes a experienciarem e a expressarem eventos encobertos, ocorridos nos mais diferentes estágios de sua vida. Isto porque a Escrita Terapêutica requer da pessoa o olhar para dentro de si mesma, movimento este que é simplesmente muito difícil para inúmeras pessoas.

Se a ansiedade é um produto da subjetividade, onde os processos de tratamento passam pela verbalização, como ter claro o efeito de um programa de tratamento? Percebendo essas difíceis peculiaridades do tratamento da emoção humana, os estudiosos desenvolveram testes, questionários, diários de controle dos comportamentos públicos e privados, como instrumentos de avaliação e acompanhamento da extinção de repertórios inadequados e da instalação de repertórios adequados de interação. O mesmo pode ser dito deste estudo, onde grande parte dos dados foi coletada através das verbalizações públicas – a fala. Questionário, como o História Vital de Lazarus, teste de avaliação da ansiedade, como o IDATE, filmagem e gravação dos encontros realizados com os participantes, transformaram-se em instrumentos para conferência da fidedignidade dos dados. Ainda que Skinner, nos idos de 1953 questionasse a validade de se usar medidas subjetivas de eventos privados: “todos desconfiam de respostas verbais que descrevem eventos privados. O estímulo controle de tais descrições é enfraquecido pelas variáveis que operam sobre eles” (Skinner, 1953, p. 260). Mas, posteriormente, o próprio Skinner iniciou o processo de aceitação de que os analistas do comportamento estudassem eventos privados.

Desta forma, as várias funções da Escrita Terapêutica são discutidas por inúmeros trabalhos, como os de Michael White e David Epston (1990, *apud* Kazantzakis). Outros

exemplos podem ser mais bem avaliados no Journal of Poetry – que é a Revista de Terapia pela Poesia, publicada pela Human Sciences Press, através da Nacional Association for Poetry Therapy e nas pesquisas realizadas de vários outros teóricos.

A “escrita privada”, ou seja, Cartas Não-Enviadas, assim como os Questionários e Diários de Registros têm contribuído, efetivamente, para a compreensão e facilitação dos processos de mudanças individuais, como demonstrou o presente estudo. Através destas técnicas psicológicas, os clientes podem apresentar uma grande variedade de reações, emoções, sentimentos e eventos encobertos. Até mesmo o comportamento resistente do cliente, para realizar tal , fomenta a hipótese de refinamento de sua autoconsciência, ou seja, de sua tomada de conhecimento quanto ao problema não-resolvido.

A experiência clínica tem demonstrado que algumas pessoas aderem de forma imediata à Escrita Terapêutica, enquanto outras têm maior resistência a ela. Aquelas com adesão imediata fomentam no Processo Psicoterapêutico, inclusive, a ampliação dos Diários de Registro. Havendo a necessidade, os clientes passam a registrar comportamentos repetitivos, auto-regras, cognições básicas, pensamentos negativistas e, inclusive a avaliação de pressão arterial, por exemplo. Kazantzakis (1988), trabalha com categorias separadas de escrita: “eventos atuais, memórias, projeto de revisão de vida, estruturado, sonhos e fantasias, e notas reflexivas para si mesmo”. Em cada Diário desses, Kazantzakis (1988), reserva um espaço para comentários adicionais, preenchido durante o Processo Psicoterapêutico ou, num momento adiante, pelo próprio cliente.

A Escrita Terapêutica tem se tornado muito eficaz na funcionalização dos transtornos comportamentais. E, a consequência imediata é a realização de estudos empíricos, como este que ora é apresentado.

Na realidade, a Escrita Terapêutica é fomentadora da multiplicidade do diálogo do cliente com as pessoas que o rodeiam. É também, instrumento vital para o processo

terapêutico na asserção de eventos encobertos, bem como a nova definição ou reestruturação do programa psicoterapêutico. A Escrita Terapêutica é um importante instrumento psicoterapêutico para auxiliar a compreensão dos comportamentos atuais da pessoa, conseqüência, claro, de sua história de vida. A funcionalização, o conserto dos defeitos da didática da emoção humana só é possível quando a pessoa tem acesso aos seus eventos encobertos; quando, ao tomar conhecimento e, a seguir, compreender sua história de vida, torna possível a melhoria de sua auto-estima, de sua percepção, de sua discriminação. Flui aí a possibilidade de aquisição de um novo e assertivo repertório comportamental.

Nesta pesquisa foi possível avaliar, de forma mais próxima, o controle que uma cognição inadequada exerce sobre o repertório comportamental do ser humano, como o participante Lud que, ao acompanhar o processo patológico do pai, que o levou à morte por cardiopatia, passou a pensar e a sentir-se hipertenso. Mas seus exames clínicos e, inclusive, de imagens não ratificaram o seu pensar e o seu sentir. Amábily, outra participante desta pesquisa, afirma que o conceito dos pais, desde sua infância, de que ela e as irmãs *não prestavam para nada*, a fez acreditar, durante toda a sua vida, ser inferior e impotente. Pérola, a terceira participante, por acreditar-se viciada em seu ex-marido, se via impossibilitada de reagir ao processo depressivo. Estas são apenas algumas das cognições irracionais destes participantes que passaram pelo processo de Reestruturação Cognitiva.

Neste estudo, por exemplo, os Diários de Registro Exercício do Agir (Pensar, Sentir e Agir), quando de seu primeiro momento, os participantes apenas se empenharam e ou apresentaram dificuldades em fazer o registro dos fatos com eles acontecidos. Mas o segundo momento, imprescindível para o reforço de comportamentos adequados, foi quando os pesquisandos passaram a perceber que a forma como discriminavam uma determinada situação poderia levá-los a ter comportamentos assertivos ou não. Também lhes foi possível observar que a maneira de agir era determinante para o bem-estar ou mal-estar que viriam

sentir depois. O interessante foi quando discriminaram, com o registrar de seus comportamentos, que o controle da ansiedade estava neles e não no meio ambiente, gerador das situações diversas. Essa consequência foi importante, pois os participantes passaram a corrigir sua forma de agir, imediatamente após discriminar não ter sido assertiva. Ou seja, eles passaram a discriminar que o seu agir assertivo gerava-lhes um grau de ansiedade mais ou menos confortável. Enquanto registro, especialmente dos pensamentos negativos, possibilitou-lhes discriminar que a manutenção de um pensamento negativo gerava-lhes sempre graus mais intensos de ansiedade e os consequentes fisiológicos: taquicardia, sudorese, palpitação, calafrios, ânsia de vômitos, dormência, insônia, fadiga, etc. Os participantes perceberam, também, que o pensamento positivo de maior eficácia para substituir um negativo era aquele pautado pela evidência de sua realidade. Um fato interessante, registrado neste estudo foi que os pesquisandos passaram a realizar esse Diário de forma cognitiva, ou seja, imediatamente após terem o pensamento negativo, sem precisar escrevê-lo. Passaram a realizar a fase seguinte – buscar um pensamento positivo evidente para substituí-lo. A consequência foi uma assertividade mais eficaz, inclusive, com relação ao tempo para sua apresentação.

O período de aprendizagem das sete técnicas utilizadas nesta pesquisa variou de sujeito para sujeito. Um novo grupo de técnicas só foi introduzido quando da certeza de que houve a aprendizagem do anterior. A definição de certeza se deu pela habilidade do participante em lidar com a técnica em questão.

Mas este estudo se formou não apenas da Escrita Terapêutica, técnicas como Ensaio Comportamental também foram importantes para o controle da ansiedade. Na primeira representação do Ensaio Comportamental os participantes sempre se mostraram inapropriadamente ansiosos e inibidos. Sua cognição e auto-regras eram negativistas, impossibilitando-os a tornarem-se assertivos. A cada nova representação da mesma situação,

os pesquisandos iam ampliando seu enfrentamento e, mais importante, reforçando até o menor comportamento de enfrentamento por eles apresentados. A troca de papéis foi determinante aos participantes no sentido de gerar-lhes uma autocrítica de todo o comportamento por eles apresentados nesta representação. Importante destacar que, após alguns Ensaios de Comportamentos de situações específicas, passaram a realizar, até de forma privada, esta técnica sempre que uma nova situação lhes causava um nível de ansiedade maior e desconfortável.

O controle da ansiedade foi também buscado com a técnica Seguimento dos Oito Passos Específicos para o Controle da Ansiedade, assim como o Treino Respiratório e o Relaxamento. Apenas o comportamento de apontar os estímulos aversivos foi suficiente para gerar nos participantes grandes níveis de ansiedade. O Treino Respiratório, o A.C.A.L.M.E. - S. E. e o Relaxamento foram técnicas importantes no controle da ansiedade ante a esses estímulos, ainda que imaginários ou mesmo ao vivo. Ao alcançar o enfrentamento, com o controle da ansiedade, passaram a discriminar que o comportamento adequado, ainda que diante de situações aversivas é básico para a eficácia do comportamento de enfrentamento.

Durante todos os encontros, para a realização da pesquisa, a pesquisadora/psicoterapeuta sempre avaliou a ocorrência dos comportamentos que ocorriam com maior frequência, catalogando-os em Diário específico. Para efeito de apresentação de resultado, neste trabalho, foram considerados apenas os registros feitos pela pesquisadora e confrontados com as imagens gravadas em VHS.

Os quatros participantes desta pesquisa, encaminhados pela medicina psiquiátrica, estavam em tratamento medicamentoso psiquiátrico, com uso contínuo da mais diversa farmacoterapia, já descrita anteriormente, para a “cura” de Transtornos de Ansiedade, com comorbidades variadas.

O participante 1 – Lud, relatou estar se auto-reforçando, valorizando seus novos repertórios comportamentais, avaliando as conseqüências que lhe trazem, mantendo controle de seus pensamentos, através do uso da Reestruturação Cognitiva. Avaliou que este processo de pesquisa/psicoterapia foi muito válido para a ordenação de sua vida. Está estudando, freqüentando as aulas sem o registro de crises fóbica-sociais. Atualmente, quando chega em casa, se não percebe a mãe e a irmã, se dirige à mesinha do telefone para encontrar o recado que possam ter-lhe deixado. Tem realizado pelo menos um show musical por mês. Já entra em lojas de forma tranqüila e faz ou não suas compras sem pensamentos catastróficos. Seu grupo de amigos foi ampliado. Tem se portado socialmente de forma assertiva.

A participante 2 – Amábily, percebeu que perdia energia demais com a falta de controle de sua ansiedade. Ela discriminou que tendo controle sobre sua ansiedade não apresentaria tais comportamentos. Relatou estar indo de encontro com suas capacidades, buscando a realidade de suas cognições erradas, desenvolvendo estratégias de administração e gerência de sua casa e de sua vida, consequenciando resultados positivos. Atualmente, Amábily mantém o repertório de enfrentamento destes e de outros novos eventos aversivos que possam alterar seu controle de sua ansiedade. Amábily e o marido fizeram financiamento em um banco e construiu a nova residência do casal. Novas estratégias na oficina de bicicletas do casal têm gerado maior rendimento financeiro, o sexo já está sendo praticado pelo casal sem tanto sentimento de culpa e “pecado” por parte de Amábily, as fofocas de terceiros só têm valor, de acordo com Amábily “se dermos a elas mais valor que mereçam”. A participante verbaliza, nesse momento, que o trabalho bem gerido na oficina será capaz de propiciar às filhas melhor qualidade de vida. Amábily diz que tem errado menos, mas já não teme o erro, pois as estratégias têm promovido maior acerto, mas “quando erro, faço como aprendi aqui: olho para o erro para entender o que o gerou e crio formas de que ele não volte a ocorrer”. Amábily tem procurado com muita dedicação e empenho, separar os conteúdos de

cada pessoa, por afirmar “só quero dentro de mim o que pertence a mim. Já vivi muitos anos com coisa demais dos outros dentro de mim, emperrando minha vida”.

A participante 3 – Pérola, ainda não conseguiu refazer sua vida sentimental. A solidão tem consequenciado comportamentos de frustração e, por vezes, de choro. Mas, neste momento, ela já não faz uso do coquetel de medicamentos psiquiátricos. Percebe que precisa autorizar-se a uma nova relação. Tem freqüentado reuniões religiosas e sociais. Já se aceita sem cabelos e faz uso de lenço, para cobrir sua cabeça, sem medos, preconceitos. O quarto, que sempre fora sua reclusão, agora só é freqüentado por ela nos momentos devidos de repouso. Já mantém uma relação mais cordial com a mãe, indo freqüenta-la rotineiramente. Os medos têm diminuído, já conseguindo estar em casa sozinha. “Hoje sou a mãe de meus filhos e não mais a filha”. Encara o divórcio com menos culpa, mantendo seus comportamentos controlados sem o uso de medicação.

A participante 4 - Cristal, que mantinha o uso de uma toalha por período do dia, para secar as mãos e até os pés, portanto, três toalhas ao dia, aos poucos foi reduzindo o seu uso e, atualmente, está com uma toalha em sua bolsa há um mês e quinze dias, sem tê-la usado. Está usando blusas mais curtas com calças mais justas. Realizou um novo corte em seus cabelos. Já faz uso, quando necessário, do transporte coletivo (comportamento que jamais tivera, sem passar por grande sofrimento, em função de pensar-se suja e do medo de imaginar que todos, no ônibus, poderiam perceber seus pés e mãos molhados) com desenvoltura. Cristal já desenvolve estratégias assertivas de enfrentamento, que possibilitam a funcionalização de seus comportamentos negativistas e a generalização dessas estratégias a outros comportamentos.

Desta forma, este estudo, a relação entre a pesquisa e a prática clínica, pode receber um feedback muito positivo de todos os participantes que foram observados, avaliados, submetidos à intervenção direta, com teste e re-teste, durante quarenta semanas consecutivas,

divididas entre Linha de Base, Intervenção, Avaliação e Follow up. Eles próprios, também, observaram, avaliaram e até aprenderam o comportamento de intervir em seus comportamentos, através da automonitoração diária.

É importante destacar a maior dificuldade enfrentada por este estudo: as dez primeiras semanas destinadas à Linha de Base. Observar e coletar o comportamento disfuncionalizado são de extrema necessidade, visando uma eficiente mensuração dos dados/resultados que podem contribuir com o desenvolvimento da ciência. Mas quando esse comportamento é de um ser vivo e humano, necessitando de imediata intervenção psicoterapêutica; quando a não realização desta pode implicar em risco de vida, como foi o quadro apresentado por Pérola, que chega para participar desta pesquisa com todo o procedimento para uma tentativa de suicídio pronto a ser executado, é congelar a efetividade da Psicoterapia em prol dos dados científicos. E foi este o primeiro momento provocado pela união da pesquisa com a prática clínica. O psicoterapeuta, habilitado e com repertório comportamental de intervir para a funcionalização do comportamento humano foi outro grande ponto desta pesquisa: controlar o repertório da intervenção para não gerar viés algum na Linha de Base. A habilidade com as técnicas da Terapia Comportamental e Cognitiva, especialmente à intervenção de Transtornos de Ansiedade, apontam que o controle da respiração é fundamental para a diminuição/controle da ansiedade negativa. A observar a forma como as técnicas agrupadas foram introduzidas aos dois Grupos de Participantes, percebe-se que para o segundo Grupo de Participantes o Controle Respiratório foi uma das duas últimas técnicas introduzidas. Havia, então, a expectativa de maior dificuldade para o alcance de tal resultado. Realmente não foi fácil realizar, por exemplo, técnicas como Ensaio Comportamental e Dessensibilização Sistemática sem usar do instrumento do Controle Respiratório. O que se pode observar foi uma maior exigência dos pesquisandos Pérola, pessoa suicida em potencial, e Cristal, uma adolescente com contínuo Transtorno de Ansiedade Generalizada. A

pesquisadora/psicoterapeuta precisou usar de mais reforços aos mínimos comportamentos de adesão às técnicas, para viabilizar a aprendizagem do uso delas. Outro dado de destaque foi realizar a técnica Cartas Não-Enviadas sem que o participante tivesse passado pelo processo claro de aprendizagem de todas as etapas e técnicas para tal procedimento. Mas, ao analisar a adesão de Pérola e Cristal a esta técnica, percebe-se não ter havido prejuízo intenso em função da ordem inversa de aplicação das técnicas do Grupo II de Participante, a não ser uma dificuldade maior para o controle da ansiedade.

Outro dado observado nesta pesquisa foi o fato de todos os participantes estarem apoiados pela farmacoterapia. Seus comportamentos sempre amparados por medicação: ansiolíticos, calmantes, antidepressivos, soníferos, etc., geraram neles a despotencialização para intervir em seus repertórios comportamentais, sem medicação. Esta pesquisa não teve como objeto promover a suspensão da medicação, mas sim, funcionalizar transtornos que vinham sendo tratados com a farmacoterapia psiquiátrica sem resultados positivos, a não ser o de dopar comportamentos disfuncionalizados. Se a farmacoterapia atua na diminuição da dor gerada pelo transtorno, a Psicoterapia age, no primeiro momento, ampliando a dor, uma vez que ela vai em busca da causa de tal sofrimento. As técnicas são, ao mesmo tempo, o aumento da dor, assim como o alívio para as contingências aversivas mantenedoras da disfunção. Ao viabilizarem o processo de reestruturação da cognição, isto é, do pensamento, e do comportamento, as técnicas comportamentais e cognitivas possibilitam o equilíbrio comportamental, gerando alívio ao sofrimento e à dor da emoção humana. E aqui, mais uma vez, reportar-se Barlow (1999), quando afirma que a “os tratamentos farmacológicos, apesar de freqüentemente testados, são surpreendentemente impotentes” para o tratamento dos Transtornos de Ansiedade Generalizada. Além de dificultar a aderência ao processo psicoterapêutico. Neste estudo não foi diferente: os participantes, a princípio, só acreditavam na eficiência das drogas farmacológicas, sem questionarem sua eficiência quanto ao

tratamento do transtorno em questão. Mas ao processo se desenvolver, houve um desinteresse pela farmacoterapia, entre todos os participantes. A exceção de Pérola que, ao retornar para a fase de Follow up, recentemente havia se avistado com seu psiquiatra, pois queria dele um remédio para a sua solidão. O médico receitou-lhe um antidepressivo e um sonífero, quando a demanda maior de Pérola nada mais era que a de namorar.

Sugestões para futuros estudos

Este estudo explorou quatro condições experimentais. A primeira condição consistiu da Linha de Base, que apenas apresentou questionário de pesquisa de vida e diários de registros, inventário de avaliação de ansiedade, gravação de imagens e verbalizações; a segunda condição compôs-se de intervenção, com a introdução de 7 técnicas da Terapia Comportamental e Cognitiva, agrupadas em quatro grupos distintos, aplicados a cada duas semanas em média, com a inversão desses grupamentos de técnicas aos grupos de participantes; a terceira condição compreendeu a avaliação deste estudo/psicoterapêutico, com o re-teste do inventário de avaliação da ansiedade, reavaliação da ansiedade dos eventos ansiogênicos, bem como de sua hierarquização; e a quarta condição quando todos os participantes ficaram dez semanas sem comparecer ao setting de pesquisa, ao retornarem se submeterem, novamente ao re-teste do inventário de avaliação da ansiedade, reavaliação da ansiedade dos eventos ansiogênicos, assim como de sua hierarquização, avaliação do uso das técnicas e observação do repertório comportamental atual, através dos diários de registros e de gravação da imagem e da comunicação verbal.

Futuros trabalhos podem incluir um grupo de participantes ingênuos ao processo psicoterapêutico, que não estejam em tratamento psiquiátrico, fazendo uso da farmacoterapia, mensurando aí a aderência às técnicas quando sem uso da farmacoterapia psiquiátrica para os

Transtornos de Ansiedade, ou seja, ansiolíticos, calmantes, antidepressivos, soníferos, etc. Assim, como podem investigar a efetividade das técnicas isoladas.

Por fim, o Delineamento Intraparticipantes com Contrabalanceamento tornou possível demonstrar que o programa psicoterapêutico comportamental e cognitivo fosse o responsável pelo controle da ansiedade negativa, nos diversos contextos, vivenciados por cada participante e, conseqüentemente, pela funcionalização de seu repertório comportamental, possibilitando-lhes a melhoria da qualidade de vida.

Referências

- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). *Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data*. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 574-585.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Americana de Psiquiatria (1987). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-III -R. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. A. Kerbauy (org). Sobre comportamento e cognição. Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Vol. 4. (pp.75-82). Santo André: ARBytes.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. (1984). O. The Scientist Practitioner. Pergamon: Oxford
- Barlow, D. H. (1999). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1999). Tratamento psicológico do Pânico. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (1999). Compreender o Behaviorismo – Ciência Comportamento e Cultura. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J. & Shaw, G. E. (1997). Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Britto, I. A. G. S. (2000). Behaviorismo. Algumas Concepções. Palestra proferida na Universidade Católica de Goiás. Mimeo. UCG.
- Britto, I. A. G. S. (2001). Alternativas ao Mentalismo. Mesa Redonda realizada no X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medina Comportamental. Campinas São Paulo.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. & Barlow, D. H. (1999). Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em Barlow, D. H. (org). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Cap. 4 (pp. 161 – 216). Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V.E. (1996). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos.
- Caballo, V.E. (1996). O Treinamento em Habilidades Sociais. Em V. E Caballo, (org) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Cap. 18. (pp.377 – 381). São Paulo: Santos.

- Calhoun, K. S. & Resick, P. A. (1999). Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Em D. H. Barlow (org.). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. (pp. 84 –113). Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: possibilidades de um modelo analítico – comportamental. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14, 139 – 147.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em D. H. Barlow (org.). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Cap. 1 (pp. 13 – 62). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). A. Psicologia das Habilidades Sociais – Terapia e educação. Petrópolis: Editora Vozes.
- Dobson, K. S. & Franche, R-L. (1996). A Prática da Terapia Cognitiva. Em V. E. Caballo. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. (pp. 441 – 469). São Paulo: Santos.
- Fennell, M. J. (1997). Depressão. Em K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark. Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático. Cap. 6 (pp. 241 – 332). São Paulo: Martins Fontes.
- Filho, V. G., Neto, F. L. & Maciel, L. M. A. (1995). Transtornos Ansiosos. Em M.R. L. Neto, T. Motta, Y-P. Wang & H. Elkis (orgs). Psiquiatria Básica. Cap. 12 (pp. 233 – 246). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fontaine, O.(1987). Introdução às terapias comportamentais Lisboa/São Paulo: Verbo.
- Franks, C. M. (1996). Origens, História Recente, Questões Atuais e Estados Futuros da Terapia Comportamental: Uma Revisão Conceitual. Em V. E. Caballo. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. (pp. 03 – 22). São Paulo: Santos.
- Greenberger, D. (1998). O paciente suicida. Em A. Freeman & F. M. Dattillio (orgs). Compreendendo a Terapia Cognitiva. Cap. 13 (pp. 167 – 174). Campinas: Editorial Psy.
- Guilhardi, H. J. (1997;1999). Como fazer pesquisa em 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. (pp. 338 – 347). Santo André: ARBytes.
- Hope, M. (1988). The psychology of ritual. Dorset, England:Element Books
- Hope, D. A. & Heimberg, R. (1999). Fobia Social e Ansiedade Social. Em D. H. Barlow (org). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Cap. 13 (pp. 119 – 160). Porto Alegre: Artmed.
- Hünziker, M. H. L.(1999). O mundo dentro e fora do laboratório: duas faces de uma mesma realidade. Em R. A. Banaco (org). Sobre Comportamento e Cognição – Aspectos

- Teóricos, Metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol. 1 (pp. 314 – 321). Santo André: ARBytes.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kazantzakis, N. (1998). Técnicas Seleccionadas para Encorajar o Desenvolvimento Psicológico. Em M. J. Mahoney. Processos Humanos de Mudança – As Bases Científicas da Psicoterapia. Porto Alegre: Artmed.
- Kerbaux, R. R. (1997). Limites biológicos em terapia comportamental. Em R. A. Zamignani (org). Sobre Comportamento e Cognição – A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. Vol.3 (pp. 71 –75). Santo André: ARBytes.
- Kerbaux, R. R. (1999). Pesquisa em terapia comportamental: problemas e soluções. Em R. A. Kerbaux & R. C. Wielenska (orgs). Sobre Comportamento e Cognição – Psicologia Comportamental e Cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Vol. 4 (pp. 61– 68). Santo André: ARBytes.
- Kuhn, T. S. (1977). As estruturas das revoluções científicas. São Paulo: Perspectivas.
- Lazarus, A. A. (1980). Terapia Multimodal do Comportamento. São Paulo: Manole
- Luna, S. V. (1999). O terapeuta é um cientista? Em R. A. Banaco (org). Sobre Comportamento e Cognição – Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol 1. (pp. 305 –313). Santo André: ARBytes.
- Mahoney, M. J. (1998). Processos Humanos de Mudança – As Bases Científicas da Psicoterapia. (pp. 268 – 274). Porto Alegre: Artmed.
- Malerbi, F. E. K. & Matos, M. A. (1992). A Análise do Comportamento Verbal e a Aquisição de Repertórios Sub-descritivos de Eventos Privados. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 8, (pp.407 – 421).
- Malerbi, F. E. K. (1995a). Discriminação por pacientes diabéticos de estados glicêmicos. Palestra proferida no IV Encontro Brasileiro de Terapia e Medicina Comportamental, Campinas.
- Malerbi, F. E. K. (1995b). Discriminação por pacientes diabéticos: efeitos da aquisição de um repertório descritivo de eventos internos e externos. Tese de Doutorado defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Malerbi, F. E. K. (1999). Eventos privados: o sujeito faz parte de seu ambiente? Em R. A. Banaco (org). Sobre Comportamento e Cognição–Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitiva. Cap. 25 (pp. 243 – 256). Santo André: ARBytes.
- Matos, M. A. (1999). Com que o Behaviorismo Radical trabalha. Em R. A. Banaco (org).

Sobre Comportamento e Cognição – Aspectos teóricos, metodológicos e de formação da Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol. 1, p. 52. Santo André: ARBytes.

National Institutes of Health, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Sexto Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial. USA: NIH, novembro de 1997, 11.

Oxford English Dictionary. (1928). London: Oxford University Press.

Porto, M. P & Britto, I. A. G. S. (2001). Princípios da Psicoterapia Comportamental e Cognitiva na Reabilitação da Fluência Verbal em Gagos. Em Resumos X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (pp.146 – 147). Monografia, 2001. CEPSI/UCG. (p. 42).

Porto, M. P & Britto, I. A. G. S. (2001). Princípios da Psicoterapia Comportamental e Cognitiva na Reabilitação da Fluência Verbal m Gagos. Em Monografia, defendida no CEPSI/UC. (p. 42).

Rangé, B. P. (1997). Por que sou Terapeuta Cognitivo - Comportamental?. Em R. A. Banaco. (org). Sobre Comportamento e Cognição – Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol. 1 (pp. 17 – 28). Santo André: ARBytes.

Rangé, B. P. (1998). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy.

Riggs, D. S. & Foa, E. B. (1999). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em D. H. Barlow (org). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Cap. 4 (pp. 161 – 216). Porto Alegre: Artmed.

Shaul, G. M. & Richarc, J. G. (1985). Nefrologia. Panamericana, Buenos Aires: Editorial Médica (pp. 1010 – 1012)

Sheldon, K. (1972; 1998). A Escrita Terapêutica. Em M. J. Mahoney. Processos Humanos de Mudança – As Bases Científica da Psicoterapia. (pp. 266 - 274). Porto Alegre: Artmed.

Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela?. Em R. R. Kerbauy (org). Sobre Comportamento e Cognição – Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol. 5 (pp. 229 – 233). Santo André: Set.

Sidman, M. (1976). Táticas da Pesquisa Científica. São Paulo: Brasiliense.

Skinner, B. F. (1938). The Behavior of Organisms. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York: MacMillan.

Skinner, B. F. (1972). O Mito da Liberdade. Rio de Janeiro: Bloch Editores

Skinner, B. F. (1972). Ciência e Comportamento Humano. Cap. V. São Paulo: Martins Fontes

- Skinner, B. F. (1991). Questões Recentes na Análise Comportamental. Campinas: Papyrus.
- Skinner, B. F. (1993). Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Cultrix.
- Smith, W. (1984). Cecil Tratado de Medicina Interna. Vol. 2. (pp. 1881 – 1890). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Spielberger, C. (1981). Tensão e Ansiedade – A Psicologia e Você. São Paulo: São Paulo Indústria Gráfica e Editora S. A.
- Spielberger, C. (1979). Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE. Rio de Janeiro: cepa.
- Staats, A. W. (1963). Complex Human Behavior. New York: Holt, Rineharti Winston
- Staats, A. W. (1996). Behavior and Personality. Psychological Behaviorism. New York. Spring Publishing Company.
- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). Comportamento Humano Complexo. São Paulo: EPU e EDUSP.
- Tourinho, E.Z., Cavalcante, S. N., Brandão, G. G. & Maciel, J.M. (2001). Internalismo e Externalismo na literatura sobre a eficácia e efetividade da Psicoterapia. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (orgs). Sobre Comportamento e Cognição – Expondo a variabilidade. Vol. 7. (pp. 237 – 252) Santo André: Esetec.
- Turner, R. M. (1996). A Dessensibilização Sistemática. Em Caballo. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. (pp. 167 – 195). São Paulo: Santos.
- Vera, M. N. & Vila, J. (1996). Técnicas de Relaxamento. Em V. E. Caballo. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Cap. 9 (pp. 147 – 165). São Paulo: Santos.
- Wielenska, R. C. (1997). O atendimento comportamental e cognitivo em casos de Transtornos Psiquiátricos: a superação de obstáculos. 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. Vol.3 (pp. 71 –75). Santo André: ARBytes.
- Wolpe, J. (1976). Prática da Terapia Comportamental. São Paulo: Brasiliense
- Yates, A. J. (1973). Terapia del comportamiento. México: Editorial Trillas.
- Yates, M. J. 1998). Depressão profunda recorrente. Em A. Freeman & F. M. Dattillio (orgs). Compreendendo a Terapia Cognitiva. (pp. 141 – 153). Campinas: Editorial Psy.
- Young, J. E., Beck, A.T. & Weinberger, A. (1999). Depressão. Em D. H. Barlow (org). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Cap. 6 (pp. 273 – 312). Porto Alegre: Artmed.

Apêndice A

Diários de Registros Pontos Fracos e Fortes

Apêndice B

Diário dos Comportamentos Repetitivos

Apêndice C

Diário dos Registros das Principais Preocupações

Apêndice D

Diários Exercícios do Agir (Pensar, Sentir e Agir) – Grupo I de Participantes

Apêndice E

Diários Exercícios do Agir (Pensar, Sentir e Agir) – Grupo II de Participantes

Apêndice F

Diário Exercício do Pensamento

Apêndice G

Diário de Controle de Pressão Arterial

Apêndice H

Questionário de História Vital de Lazarus

Apêndice I

Questionário de Auto-Avaliação IDATE – Partes I, II e III

Apêndice J

Autorização do Cliente Para Procedimento

Universidade Católica de Goiás
Departamento de Psicologia
Curso de Mestrado em Psicologia – Análise Experimental do Comportamento

AUTORIZAÇÃO DO 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 GINA NOLÊTO BUENO, sob a Orientação da Professora do Mestrado, Doutora ILMA A. GOULART DE SOUZA BRITO, sejam utilizados os recursos terapêuticos de gravação em fitas cassetes e 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 assegurada 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.

Gina Nolêto Bueno
Psicóloga e Mestranda

Dr^a Ilma A. Goulart de S. Britto
Psicóloga e Orientadora do
Mestrado

Cliente em Atendimento

Local: _____

Data: ____/____/____

Controle e Registro de Pressão Arterial

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445

Participante da Pesquisa: LUD

Dia e Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
De manhã:							
À noite							
De manhã:							
À noite							
De manhã:							
À noite							
De manhã:							
À noite							
De manhã:							
À noite							
De manhã:							
À noite							

Observação: A aferição da Pressão Arterial do referido paciente foi feita em sua casa por sua mãe

Registro das Principais Preocupações

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445

Ordem Hierárquica	Principais Preocupações	Grau de Ansiedade de 0 a 100%
	Preocupações:	
	Conseqüências:	
	Preocupações:	
	Conseqüências:	

Comportamentos Repetitivos

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445

Before the techniques

Participante:

Dia/hora	Situação Antecedente	Comportamento Repetitivo	Grau de Ansiedade	Como Ficou após Cpto Repetitivo	Grau de Ansiedade	Coluna da Sessão de Terapia
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você no referido momento.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
Before the Techniques

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você no referido momento da ocorrência da situação.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups I e II

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups I, II e III

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva 5 – Ensaio Comportamental 6 – Dessensibilização Sistemática	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva 5 – Ensaio Comportamental 6 – Dessensibilização Sistemática	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups I

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups I, II, III e IV

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva 5 – Ensaio Comportamental 6 – Dessensibilização Sistemática 7 – Cartas Não-Enviadas	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Respiração 2 – Relaxamento 3 – Acalme-se 4 – Reestruturação Cognitiva 5 – Ensaio Comportamental 6 – Dessensibilização Sistemática 7 – Cartas Não-Enviadas	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
Before the Techniques (Linha de Base)

Participante - Grupo II de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você no referido momento da ocorrência da situação.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups IV e III

Participante - Grupo II de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Uso Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups IV, III, II, I

Participante - Grupo II de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização 4 – Acalme-se 5- Reestruturação Cognitiva 6 – Controle Respiratório 7 - Relaxamento	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização 4 – Acalme-se 5- Reestruturação Cognitiva 6 – Controle Respiratório 7 - Relaxamento	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Groups IV, III, II

Participante - Grupo II de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sent. e/ou Preoc.)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização 4 – Acalme-se 5 – Reestruturação Cognitiva	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas 2 – Ensaio Comportamental 3 – Dessensibilização 4 – Acalme-se 5 – Reestruturação Cognitiva	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

Exercício do Pensamento

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445

Participante:

Dia/ hora	Pensamento Negativo	Grau de Ansiedade	Pensamento Positivo	Grau de Ansiedade	Como ficou?	Grau de Ansiedade
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você no referido momento.

Exercício do Agir

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
After Techniques Group IV

Participante - Grupo I de Participantes de Técnicas:

Mês	Situação	O que pensou? (Sentimento e/ou Preocupação)	Grau de Ansiedade	Como Agiu?	Usou Técnicas? Quais?	Grau de Ansiedade	Como ficou?
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	
			<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema		1 – Cartas Não-Enviadas	<input type="checkbox"/> 1 = Pouca <input type="checkbox"/> 2 = Moderada <input type="checkbox"/> 3 = Muita <input type="checkbox"/> 4 = Extrema	

Observação: Faça um círculo no grau de ansiedade que melhor se adequar a você, no referido momento da situação, e nas técnicas por você usadas.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM ANÁLISE EXPERIMENTAL DO COMPORTAMENTO

ORIENTADORA: PROFª DRª ILMA A. GOULART DE SOUZA BRITTO

ORIENTANDA: GINA NOLÊTO BUENO

1. Dados Gerais

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____ **Ocupação:** _____

Estado Civil - Marque um "X" o seu estado civil:

() Solteiro(a) () Noivo (a) () Casado(a) () separado(a) () Divorciado(a)

() Viúvo(a)

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 momento):

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

() Levemente Incômodo () Moderadamente Grave () Bem Grave

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

e) Você está fazendo uso de alguma medicação? Em caso positivo:

* qual? _____

* em que quantidade? _____

* com que resultados? _____

3. Dados Pessoais:

a) _____ Data _____ de _____ Nascimento: _____

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

c) Marque com um "X" os itens, abaixo, que ocorreram durante a sua infância.

Terrors Noturnos Enurese(xixi) Noturna Sonambulismo

Chupar os dedos Roer unhas Gagueira

Temores Infância feliz Infância Infeliz

Outros: _____

d) Saúde durante a infância:

Ruim Boa Excelente

Relação de doenças, neste período (doenças sofridas):

e) Saúde durante a adolescência:

Ruim Boa Excelente

Relação de doenças, neste período (doenças sofridas):

f) Qual o seu peso? _____

g) Você foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? (Favor mencionar todas as cirurgias as quais já tenham se submetido, (fazendo uma relação delas com a sua idade e a época)?

h) Sofreu algum acidente (mencione todos, fazendo relação com sua idade e a época)?

i) Faça uma lista dos seus cinco principais temores:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

5 - _____

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia (dor de cabeça) | <input type="checkbox"/> Vertigens | <input type="checkbox"/> Desmaios |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Distúrbios Estomacais | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios Intestinais | <input type="checkbox"/> Fadiga | <input type="checkbox"/> Inapetência |
| <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Uso de Sedativos | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Pesadelo | <input type="checkbox"/> Entrar em Pânico | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Sentir-se tenso | <input type="checkbox"/> Conflitos | <input type="checkbox"/> Tremores |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Idéias de Suicídio | <input type="checkbox"/> Uso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de descansar | <input type="checkbox"/> Problemas Sexuais | <input type="checkbox"/> Alergias |

- Não gosta de fins de semana e férias Muito Ambicioso Envergonhas-se com outras pessoas
 Não consegue fazer amigos Sentimentos de Inferioridade Não consegue tomar decisões
 Não consegue se manter no emprego Problemas de memória Condições familiares ruins
 Problemas Financeiros Solidão Incapaz de se divertir
 Sudorese(suor) excessiva Uso freqüente de aspirinas ou analgésicos Dificuldades de concentração

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

- Inútil Desprezível Um “João Ninguém” A vida vazia
 Inadequado Estúpido Incompetente Ingênuo
 Não consegue fazer nada certo Culpado Mau Moralmente errado
 Pensamentos Horríveis Hostil Pleno 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
 Atraente Compreensivo Fiel Respeitador

l) Interesses, hobbies e atividades atuais:

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

n) Qual o último nível escolar que você completou? _____

o) Habilidades acadêmicas(universitárias): 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 desenvolve atualmente? _____

b) Tipos de trabalho desempenhados no passado? _____

c) O seu trabalho atual o satisfaz? (em caso negativo, em que aspectos você não está satisfeito?) _____

d) Quanto você ganha? _____ Quanto gasta? _____

e) Quais são suas ambições...

...passadas? _____

...atuais? _____

5. História Sexual

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

b) Quando e como ocorreu o seu primeiro conhecimento sobre o 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:

a) Idade da menarca (menstruação): _____

b) Você foi informada a respeito ou sentiu um choque quando ocorreu pela primeira vez?

c) Suas menstruações são regulares? _____

d) Duração? _____ e) Você sente dores? _____

f) Data do último período menstrual: _____

g) Sua menstruação afeta seu humor? _____

7. História Conjugal:

a) Há quanto tempo você conhecia seu cônjuge (parceiro ou parceira) antes do casamento?

b) Idade do marido ou esposa? _____

c) Ocupação do marido ou esposa? _____

d) Personalidade do marido ou esposa (em suas próprias palavras): _____

e) Em que áreas há compatibilidade entre vocês? _____

f) Em que áreas há incompatibilidade? _____

g) Como você se relaciona com seus parentes afins? (incluindo cunhados e cunhadas) _____

h) Algum dos seus filhos apresenta problemas especiais? _____

i) Existem quaisquer detalhes importantes em relação à interrupção da gravidez ou abortos? _____

j) Comentários sobre casamentos anteriores e detalhes resumidos: _____

8. Dados familiares:

a) Pai: _____

b) Ele é vivo ou falecido? _____

c) Se falecido, indique sua idade quando do óbito de seu pai: _____

d) Causa do óbito de seu pai? _____

e) Se vivo, qual é a idade de seu pai hoje? _____

f) Ocupação? _____

g) Saúde? _____

a) Mãe: _____

b) Ela é viva ou falecida? _____

c) Se falecida, indique sua idade quando do óbito de sua mãe: _____

d) Causa do óbito de sua mãe? _____

e) Se viva, qual é a idade de sua mãe hoje? _____

f) Ocupação? _____

g) Saúde? _____

a) Irmãos: _____

b) Número de irmãos? _____

c) Idade dos irmãos? _____

d) Número de Irmãs? _____

e) _____ Idade _____ das Irmãs? _____

a) Seu relacionamento com os irmãos e irmãs...

... no passado? _____

... no presente? _____

b) De que maneira você foi punido por seus pais quando criança?

c) 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):

d) Você confiava em seus pais?

e) Seus pais o (a) compreendiam? _____

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

g) Faça um resumo de sua iniciação religiosa:

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

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

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

k) Algum membro de sua família sofre de alcoolismo, epilepsia ou alguma coisa mais que possa ser considerada como “distúrbio mental”?

l) Existem quaisquer outros membros de sua família cujas informações sobre doenças, etc. sejam importantes? _____

9. Informações adicionais:

a) Relate quaisquer experiências angustiantes ou que lhe causem medo não mencionadas anteriormente: _____

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

c) Cite quaisquer situações em que façam com que você se sinta calmo ou 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 a correspondê-lo e ajudá-lo. _____

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

10. Autodescrição (favor completar os seguintes itens):

a) Eu sou uma pessoa... _____

b) Toda a 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 das coisas de que eu não posso esquecer é... _____

g) Uma das coisas de que eu me sinto culpado é... _____

h) Uma das coisas que ocorre quando se tem problemas é... _____

i) Uma das maneiras pelas quais as pessoas podem 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 eu 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... _____

11. Avaliação Sumária:

a) 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 SENSACIONES são especialmente:

1 - Agradáveis para você? _____

2 - Desagradáveis para você? _____

d) Descreva uma VIAGEM ou FANTASIA bastante desagradável: _____

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 a terapia 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? _____

12. História Seqüencial

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

00 a 05 anos: _____

06 a 09 anos: _____

10 a 15 anos: _____

16 a 20 anos: _____

21 a 25 anos: _____

21 a 25 anos: _____

26 a 30 anos: _____

31 a 35 anos: _____

36 a 40 anos: _____

41 a 45 anos: _____

46 a 50 anos: _____

51 a 55 anos: _____

56 a 60 anos: _____

61 a 65 anos: _____

Acima dos 66 anos: _____

13. Palavras definidoras

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

a) Por você mesmo(a):

b) Por seu cônjuge (caso seja casado(a): _____

c) Por qualquer pessoa que não goste de você: _____

Local e Data quando respondeu este questionário? _____

Parte III – Complementação IDATE

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo em uma única afirmativa, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AValiação			
Quase sempre.....	4	Às vezes.....	2
Freqüentemente.....	3	Quase nunca.....	1

1

Sintomas	Avaliação			
1. Inquietação	1	2	3	4
2. Fadigabilidade (cansaço)	1	2	3	4
3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente	1	2	3	4
4. Irritabilidade	1	2	3	4
5. Tensão muscular	1	2	3	4
6. Perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)	1	2	3	4
7. Temor do pior, apreensão quanto ao futuro	1	2	3	4
8. Tremores	1	2	3	4
9. Choro fácil	1	2	3	4
10. Incapacidade em relaxar, agitação, reações de sobressalto	1	2	3	4
11. Perda de interesse	1	2	3	4
12. Humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce	1	2	3	4
13. Sudorese	1	2	3	4
14. Taquicardia (batimentos cardíacos acelerados)	1	2	3	4
15. Formigamento	1	2	3	4
16. Sensação de sufocamento	1	2	3	4
17. Distúrbios estomacais	1	2	3	4
18. Dispnéia (falta de ar)	1	2	3	4
19. Sensação de desmaio/tontura	1	2	3	4
20. Pensamentos incomuns	1	2	3	4
21. Náuseas	1	2	3	4
22. Ondas de calor e frio	1	2	3	4
23. Distúrbios Intestinais	1	2	3	4

¹ Critérios do DSM – IV e escalas diversas

Registro de Pontos Fracos e Pontos Fortes

Psicóloga: Gina Nolêto Bueno – CRP 2445
Session Line of Base

Participante:

Hierarquia	Pontos Negativos ou Fracos	Grau de Ansiedade	Hierarquia	Pontos Positivos ou Fortes	Grau de Ansiedade
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema

Registro de Pontos Fracos e Pontos Fortes

Session of follow up of the therapeutic process		Participante:											
Hierarquia	Pontos N Ou F	Grau de Ansiedade Linha Base	Grau de Ansiedade Avaliação	Hierarquia	Grau de Ansiedade Follow up	Hierarquia	Pontos Positivos ou Fortes	Grau de Ansiedade Linha de Base	Hierarquia	Grau de Ansiedade Avaliação	Hierarquia	Grau de Ansiedade Follow up	Hierarquia
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema		1 = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Registro feito em processo terapêutico com a participação da Psicoterapeuta/Pesquisadora.

Registro de Pontos Fracos e Pontos Fortes

Session of Intervention of the therapeutic process		Participante:						
Hierarquia	Pontos Negativos ou Fracos	Grau de Ansiedade Linha Base	Grau de Ansiedade Avaliação	Hierarquia	Pontos Positivos ou Fortes	Grau de Ansiedade Linha de Base	Grau de Ansiedade Avaliação	Hierarquia
		† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
		† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	
		† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema			† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	† = Pouca 2 = Moderada 3 = Muita 4 = Extrema	

Observação: Registro feito em processo terapêutico com a participação da Psicoterapeuta/Pesquisadora.