



**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE
LONDRINA**

**CARLA FRIDEGOTTO SCANDOLHERE
LUCAS SANTANA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO PADRÃO COMPORTAMENTAL DO
TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPEUTICAS**

LONDRINA

2020

**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE
LONDRINA**

CARLA FRIDEGOTTO SCANDOLHERE
LUCAS SANTANA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PADRÃO COMPORTAMENTAL DO
TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPEUTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Ensino
Superior de Londrina – INESUL,
como parte dos requisitos para
obtenção do grau em Bacharel em
Psicologia.

Orientador: Prof. Ms Leandro Herkert
Fazzano

LONDRINA

2020

CARLA FRIDEGOTTO SCANDOLHERE
LUCAS SANTANA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PADRÃO COMPORTAMENTAL DO
TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPEUTICAS**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Instituto de
Ensino Superior de Londrina – INESUL,
como parte dos requisitos para
obtenção do grau em Bacharel em
Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Ms Leandro Herkert Fazzano

Prof. Orientador

Adriana R. Piotto Tirola

Coordenador do Curso

Londrina, 18 de Julho de 2020.

ANÁLISE DO PADRÃO COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS INTERVENÇÕES PSICOTERAPEUTICAS

Carla Fridegotto¹,

Lucas Santana de Oliveira²,

Leandro Herket Fazzano³

Resumo: O transtorno do pânico é um dentre os transtornos de ansiedade, que estão entre os diagnósticos mais frequentes, os quais levam os clientes a procurar em atendimento no pronto-socorro. Terapias comportamentais têm focado na identificação e no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas eficazes na análise das contingências na resposta de esquiva e fuga a qual o cliente passa a sofrer prejuízos sociais ou profissionais. Diante do exposto, a finalidade desse trabalho se dá em compreender como advém o manejo da esquiva e fuga do transtorno do pânico focado nas técnicas como, dessensibilização sistemática, técnica de mindfulness, técnica de relaxamento progressivo de Jacobson além do uso da análise funcional e da terapia de aceitação e compromisso.

Palavra chave: Transtorno do Pânico, Terapia Analítica-Comportamental, Técnicas e Análise do Comportamento.

Abstract: Panic disorder is one of the anxiety disorders, which are among the most frequent diagnoses, which lead clients to seek care in the emergency room. Behavioral therapies have focused on the identification and development of effective psychotherapeutic interventions in the analysis of contingencies in the avoidance and avoidance response to which the client starts to suffer social or professional harm. In view of the above, the purpose of this work is to understand how the management of avoidance and escape of panic disorder focused on techniques such as systematic desensitization, mindfulness technique, Jacobson progressive relaxation technique, and the use of functional analysis and acceptance therapy and commitment

Key words: Panic Disorder, Analytical-Behavioral Therapy, Behavior Analysis and Techniques.

ANÁLISE DO PADRÃO COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DO PÂNICO E SUAS INTERVENÇÕES PSICOTERAPEUTICAS

1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), no Brasil mais de 18,6 milhões de brasileiros, ou seja, 9,3% da população sofrem com distúrbios relacionados à ansiedade (ONUBR, 2017). Dentre todos os transtornos de ansiedade, um dos mais frequentes e incapacitantes problemas está o Transtorno de Pânico, o qual levam as pessoas a procurarem atendimento em serviços clínicos de emergência (VALÊNCIA, 2013).

De acordo com o recente manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, o Transtorno de Pânico é definido pela ocorrência súbita e inesperada, com um período de intenso medo ou desconforto, atingindo um pico de intensidade máxima em poucos minutos (APA, 2014). Como critério diagnóstico, a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), caracteriza o transtorno como moderado três ataques por três semanas e quatro ataques em quatro semanas como de forma grave (OLIVEIRA; SGUIAREZI; PAULIN, 2017).

Dentro dos critérios diagnósticos, encontra-se 13 sintomas físicos e cognitivos, considerando como critérios: Palpitações (taquicardia), sudorese, tremores, falta de ar, sensações de asfixia, desconforto torácico, náusea, sensação de tontura, instabilidade, vertigem, ondas de calor/frio, parestesias, desrealização, medo de perder o controle ou “enlouquecer” e medo de morrer (ZUARDI, 2017).

Conforme os sintomas, o modelo médico tomado pela psiquiatria, apresenta o entendimento de que, o transtorno ou a doença é uma manifestação patológica encoberta, que deve ser identificada, receber tratamento medicamentoso e então procurar uma terapia específica. Diante disso, terapias comportamentais têm focado na identificação e no desenvolvimento de

intervenções psicoterapêuticas, em relação ao psicopatológico (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Na prática, a dedicação em verificar a interação entre organismo e o ambiente desses problemas levou a criação dos principais componentes da analítica comportamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes. Assim o entendimento psicológico fundamentado na teoria da aprendizagem social bem como na análise dos operantes e respondentes como meios de interpretação das síndromes (GONGORA, 2003). Nessa perspectiva, correspondendo-se na mensuração mais apuradas na identificação mais precisa das variáveis. A colaboração se deu no modelo de ciência relacional e externalista, com pesquisa ao sujeito único (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Desse modo, propícia a construção com outros saberes, considerando os fatores que influênciam o comportamento de maneira complexa no delineamento que enfatizam as influências ambientais. Embasando-se em uma ciência natural alinhada com a biologia, uma vez, que o comportamento é compreendido como algo que é natural e variável, que ocorre por um processo de seleção pelas consequências que produz no ambiente, além de sofrer influência filogenética e ontogenética para sua compreensão (BOAS; BANACO; BORGES, 2012).

Para entender o transtorno do pânico a partir da análise do comportamento é necessário pensar sobre o uso da análise funcional (DOS-SANTOS, 2000). No que se refere à análise funcional é a investigação das relações do indivíduo dada interação da ocorrência do comportamento com o seu mundo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Permitindo identificar as variáveis e inferir explicitações das contingências que atuam no comportamento, sendo uma ferramenta importante que permite levantar hipóteses que, proporcione na aquisição e manutenção dos repertórios avaliados como problemáticos e promovendo a partir disso, novos padrões comportamentais (DELITTI, 1997).

No ponto de vista psicológico, o primeiro ataque de pânico a princípio é um alarme falso (MANFRO et al., 2008). Desencadeado por fatores não específicos, que exerce poderoso controle sobre comportamento que acentua.

Isto é, evoca respostas de fuga proporcionando a condição de abandonar o local ou de esquivar ao ponto de não sair de casa (AURELIANO; BORGES, 2012). Desse modo, nomeamos o comportamento de fuga, quando um estímulo aversivo está presente no ambiente no momento em que o comportamento é emitido, e como consequência produzida por ele proporciona a remoção do estímulo aversivo do ambiente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Sendo a esquivar fóbica um padrão característico da ansiedade é uma consequência da fuga. Na resposta chamada esquivar em que, sobre um comparecimento de um evento ameaçador, não só, se restringindo como um incômodo, mas também desencadeia uma resposta que como consequência elimina, ameniza ou adia a ação de algum estímulo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Em função dessas contingências a qual o cliente passa a sofrer prejuízos sociais ou profissionais como, por exemplo, deixar de ir à escola, pegar um ônibus, metrô, avião ou dirigir (CRASKE; BARLOW, 2016). Denota-se de tais ações estão relacionadas à disposição de sobrevivência que mantém determinado comportamento de médio e longo prazo, das raízes biológicas do comportamento. Tal fato é explicado a partir de um aspecto evolucionista (CRASKE; BARLOW, 2016). Tendo em vista que foi necessário para a sobrevivência do homem primitivo, sobre um ato imediato diante de situações que sinalizam perigo ocasionando disposições em lutar ou fugir provocando elevada excitação do sistema nervoso autônomo para amparar a reatividade de luta-fuga (RANGÉ; BORBA, 2008).

Funções essas de respostas eliciadas, na ação, em que gerasse o aumento na frequência respiratória e cardíaca, com potencial hipertensão arterial, disponibilizam maior fluxo sanguíneo ao organismo e oxigênio dissolvido no sangue, fundamentais para o aumento do metabolismo de músculos que podem ser requisitado em comportamentos de luta ou fuga de um predador ou adversário (BRAVIN; DE-FARIAS, 2010). Isto é, múltiplos fatores que influenciam o desenvolvimento efetivo para um entendimento no cenário da reativa do medo. Assim o homem primitivo fugia ou se esquivavam dos perigos da natureza de modo mais eficiente (IGNÁCIO, 2004). O que se sugere um

modo de atuação natural e filogeneticamente estabelecido da ansiedade em que ela está em função de evitar danos e a preservação do organismo (BRAVIN, DE-FARIAS, 2010).

A Análise experimental do comportamento propõe a seguinte forma de paradigma da ansiedade: Relações com o condicionamento respondente e operante, embora rotineiramente estudadas de caráter separadas ainda sim se inter-relacionam continuamente, entre aspectos fisiológicos, além de relações verbais, não verbais e motivacionais (LINHARES; PEREZ; NICO, 2013).

No que se diz, sobre comportamentos respondentes, que se apresenta descrevendo a relação entre um estímulo e uma resposta, representada pelo paradigma S - R, em que S significa o termo estímulo e R, resposta (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Nesse sentido; “Os estímulos são eventos no mundo e as respostas são instâncias do comportamento” (CATANIA, 1999, p. 29). Levando a consideração, em que, o ambiente e o histórico ambiental são variáveis, dois quais o comportamento é a função, não produzem mudanças no ambiente e podem ser inatos (incondicionais ou incondicionados, filogeneticamente determinados) ou aprendidos (condicionados) (BRAVIN; DE-FARIAS, 2010). O comportamento operante é uma classe de respostas de um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente (CATANIA, 1999).

Diante disso, as ações observadas do organismo podem ocorrer principalmente quando a um aumento breve de estresse na vida do indivíduo, além de vulnerabilidades biológicas e/ou psicológicas (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009). Ocasionalmente uma condição de atenção fisiológica privada e apresentando uma alteração no responder geral do organismo (COELHO; TOURINHO, 2008).

Dessa forma, decorrem de interpretações catastróficas, erradas, de certas condições corporais, iniciados por um estímulo externo tal como; ruído, luminosidade ou interno tal como uma sensação de taquicardia, sudorese, vertigem e etc. (YANO; MEYER; TUNG, 2003). Ocorrendo mudanças na predisposição no responder, referente ao comportamento operante, em que o cliente fará o possível para se afastar do ambiente aversivo, emitindo respostas de fuga e esquiva, no qual tem sua probabilidade de ocorrência aumentada e

alteração da probabilidade que pertencem a uma classe efetiva reforçadora específica de outros estímulos, poderá ser diminuída (LINHARES; PEREZ; NICO 2013).

É válido supor, que através da modelagem, dotado do principal procedimento do terapeuta analítico-comportamental para manipular as consequências do responder (DEL PRETTE, 2011). Uma vez compreendidos os fatores determinantes do comportamento alvo da queixa, pode-se esboçar uma estratégia de intervenção baseadas no processo de reforço diferencial (SAMPAIO; ANDERY, 2012). Como no reforço diferencial de outros comportamentos (DRO), que consiste por um procedimento de reforçar determinada resposta, uma vez que correspondem a algum critério, bem como não reforçar outras determinadas respostas similares (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

O reforçamento diferencial de respostas alternativas (DRA), que se dá por reforçar somente as respostas alternativas de igual função, a despeito da topografia e também as respostas queixa que recebem o menor reforçamento possível (DEL PRETTE, 2011). Ainda quanto ao contexto da clínica, queixas mais complexas em relação verbal-não verbal pode ser fortalecida, com a relação cliente-terapeuta, por meio de reforço diferencial do repertório verbal do cliente, tal reforçamento pode se constituir seu autoconhecimento (RUAS; ALBUQUERQUE; NATALINO, 2010).

Como proposta, também se pode utilizar um Acompanhante Terapêutico (AT), para assim observar como o paciente se comporta em seu ambiente natural. O AT é um auxiliar que acompanhara o indivíduo para locais onde os possíveis comportamentos ditos problemáticos ocorrem e repassara os dados e as informações reais, para o terapeuta do paciente (MARCO; CALAIS, 2012).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho se dá em compreender como ocorre o manejo da esquiva e fuga do transtorno do pânico na clínica comportamental. Entretanto, para responder aos objetivos propostos buscou-se a partir de revisão da literatura. Como procedimento técnico e metodológico a apreciação teve uma abordagem qualitativa. O levantamento foi realizado em livros, artigos como boletim paradigma, revista, no portal da USP- Universidade

de São Paulo e no portal da USF- Universidade São Francisco, além dos periódicos nas bases de dados brasileiras de acesso aberto como o SCIELO - Scientific Electronic Library Online, PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Para a busca foram usadas as palavras-chave: Transtorno do Pânico; Transtornos de Ansiedade; Terapia Analítica-Comportamental, Técnicas e Análise do Comportamento, buscou-se melhor compreender os aspectos envolvidos na definição, caracterização, psicopatologia e tratamento do transtorno de pânico. Conforme os seguintes critérios de inclusão de artigos empírico e publicado em português e inglês.

2. TECNICAS A SEREM UTILIZADAS

2.1 Análise funcional

Para Meyer (1997) análise funcional, trata-se da ferramenta básico de trabalho de qualquer analista do comportamento, e sua principal tarefa é de identificarem contingências que estão operando no presente momento e no passado. Como menciona Hessel, Borloti e Haydu (2012), é preciso descrever a interferência que ocorre no repertório geral, bem como se manifesta em termos de frequência e intensidade que geram determinados tipos de consequências, tal análise deve produzir dados sobre a condição eliciadora exclusiva ou generalizada.

Para o procedimento a serem seguidos, para constituir uma análise funcional deveram ser levantados: 1) levantamento de hipóteses iniciais a partir do corpo teórico-conceitual da Análise do Comportamento, 2) obtenção de dados a partir do relato referente a contingências presentes na vida cotidiana do cliente, 3) investigação da história de vida do cliente e 4) observação direta dos comportamentos do cliente em sessão (PEZZATO; BRANDÃO; OSHIRO, 2012).

Inicialmente através de entrevistas, os recursos a se utilizar disponíveis, são o uso de diários, observação do comportamento verbal e não verbal do cliente (IGNÂCIO, 2004). Uma vez que, Vandenberghe (2003) deixa claro que, independente de qual seja o caso, nenhum é igual ao outro e a análise funcional

precisara ser feita em cada caso de transtorno do pânico ou de qualquer outro transtorno.

Para isso uma Coêlho e Tourinho (2008), sugere que primeira observação a ser feita é: (a) qual a relação dos comportamentos envolvidos; (b) quais as contingências que causam aquelas relações; (c) tais condições corporais produzidas são respectivamente pelas mesmas contingências envolvidas; (d) qual a função dessa condição corporal em relações comportamento; (e) de que maneira os processos por meio dos estímulos verbais participam dessas relações; (f) o ambiente social favorecem a disposição e manutenção da ansiedade.

Além disso, o histórico do repertório comportamental do indivíduo e sua condição social e econômica em que o cliente vive são também relevantes (MEYER, 1997). Apesar de esclarecido as circunstâncias em que se emprega, através da análise funcional, ao se averiguar a historia de condicionamento, são importantes à verificação dos esquemas de reforçamento negativo e punição (IGNÁCIO, 2004).

Tais procedimentos atendem de modo específico, para que o terapeuta possa elucidar o repertório vivente no passado tanto no reforçamento diferencial, nos esquemas de reforçamento, contingências aversivas a habilidade para a compreensão de padrões complexos de comportamento de discriminação e das contingências que operaram na instalação ou não daquele conjunto de padrões comportamentais disponível em outras ocasiões que adquiriu sua colocação de aprendizagem (DELLITY, 1997).

Ao se utilizar o termo reforçamento ele ira delinear uma relação entre, a classe de eventos no caso os comportamentos que modificam, em função de outra classe de eventos considerado consequências (MATOS, 1999). Uma vez que há ocorrências de aversividade perante o enfrentamento o terapeuta se utiliza de procedimentos capazes de tornar o processo terapêutico menos aversivo e não punitiva na terapia através de informação prévia acerca dos procedimentos a serem utilizados (PEZZATO; BRANDÃO; OSHIRO, 2012).

2.2 Dessensibilização Sistemática

A Dessensibilização Sistemática criada por Joseph Wolpe na década de 40, a dessensibilização sistemática pode ser utilizada em pessoas com algum tipo de fobia e para casos de ansiedade. Foi fundamentada no princípio de inibição recíproca: Se a resposta que inibe a resposta de ansiedade ocorre na presença dos estímulos que provocam a resposta de ansiedade, tal resposta deliberará o vínculo entre esses estímulos e a resposta de ansiedade (WOLPE, 1958). Utiliza-se na forma de aproximação gradual a situação que causa a fobia com o indivíduo, tanto em forma imaginária quanto na exposição in vivo do problema aliciador.

2.3 Breve descrição da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Esta terapia utiliza um modelo unificado de mudança do comportamento em que se denomina flexibilidade psicológica (BARBOSA; MURTA, 2014). Sua filosofia é baseada no contextualíssimo funcional, em que todos os comportamentos estão relacionados com acontecimentos e fenômenos, não podendo ser visto isoladamente e sim como um todo, se algo acontece, aconteceu por causa de uma história (SABAN, 2015). O modelo de psicopatologia é a esquivar experiencial, em que se evita controlar problemas psicológicos, e a fusão cognitiva, que consiste na interação do ser humano com o mundo dentro do seu conhecimento verbal (COSTA, 2012).

Duas questões estão ligadas a esse modelo, uma é a linguagem, que são palavras ligadas a uma classe de estímulos, na qual a pessoa pode ligar uma palavra com outras referências, mesmo não tendo ligação e criar uma restrição no repertório do indivíduo. A outra questão é o tempo, pois quanto mais ou menos tempo ocorrer à consequência de uma ação, mais vai estar ligada a essa ação (HAYES, 2011).

Alguns modelos de intervenção que a ACT apresenta o aceitar, o escolher e o agir: aceitar é experienciar uma ação conscientemente, sem julgamentos, de todo evento psicológico, é aceitar o evento aversivo. A escolha,

o indivíduo faz algo com o que ocorre no presente, uma vez que não pode ser alterado o que aconteceu no passado. E o agir, em que implica no comprometimento com as possíveis mudanças, dentro daquilo que tem valor ao indivíduo (COSTA, 2012). A desesperança criativa que tem como objetivo observar as esquivas experienciais, fazendo com que a pessoa observe o padrão de esquiva e que ela vivencie as contingências, não focando somente na fala e mostrar que a esquiva não melhora a situação, principalmente ao longo prazo (SANTOS et al., 2015).

A utilização de metáforas ligadas com o momento que o cliente está vivendo, pode auxiliar na verificação de controle de sentimentos, pensamentos e memórias. Com esse treino ele pode entender que controlar o que sente e pensa pode ser o problema e não a solução. Após esse treino pode-se praticar alguns exercícios para aceitação, treinar o indivíduo a observar sensação e sentimentos desagradáveis e não se esquivar dela e para a defusão em que vai cuidar dos pensamentos, observando a fala como resposta, que são a emissão daquele pensamento (SANTOS et al., 2015).

Treinar o momento presente é colocar o cliente no controle dos sentidos, fazer com que ele observe e controle o momento presente. Para esse treino, pode-se colocar uma técnica de mindfulness. Após todos os treinos e observações o terapeuta consegue montar um plano de ações com compromisso montado pelo próprio cliente, colocando os objetivos, valores e ações (SANTOS et al., 2015).

2.4 Técnica Mindfulness

Como complemento para utilização da Terapia de Aceitação e Compromisso, pode-se utilizar a técnica de Mindfulness, essa prática é uma capacidade de aceitar, não julgar e prestar atenção no momento presente na qual é possível diminuir o estado de fusão cognitiva e de evitação experiencial e não ligando a pensamentos e acontecimentos externos (SANTOS et al., 2015). O Mindfulness é uma palavra da língua inglesa que significa “aquele que está atento”, estar em uma atenção cautelosa, e essa atenção seria uma consciência

sincera, é uma técnica inspirada e adaptada de uma técnica budista, porém não tem nenhuma conotação religiosa (SIEGEL; BARROS, 2017).

A prática do mindfulness permite que o indivíduo consiga lidar com eventos negativos com mais tranquilidade, trabalhando a aceitação e não julgamento. A técnica dessa prática é meditação com trabalho em respiração (SANTOS et al., 2015). A respiração é o diferencial na meditação podendo se concentrar somente nela, como por exemplo, prestar atenção por onde o ar passa pelo corpo (GIRARD; FEIX, 2016).

Para complementar a técnica de mindfulness, pode ser utilizada a Técnica de Relaxamento, que causa no organismo uma sensação de conforto e bem-estar, é um processo psicofisiológico e também de aprendizagem das respostas biológicas de relaxamento, incluindo o reconhecimento e o posterior relaxamento da tensão muscular e o controle da respiração nas situações estressantes do cotidiano (RANGÉ, 2003). Pode ser aplicada somente ela ou acompanhada de outras intervenções terapêuticas. É aplicada por psicólogos em pessoas que sofrem, principalmente com transtornos de ansiedade. Antes de ser aplicada a técnica de relaxamento também pode ser utilizado algum treino para a respiração, pois para ansiedade e transtorno do pânico pode ser bem útil (RANGÉ, 2003).

2.5 Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson

Uma das técnicas de relaxamento que pode ser utilizada para manejo da ansiedade é a de relaxamento progressivo de Jacobson, 1938. Consiste em uma técnica que o indivíduo tenciona e relaxa determinados grupos musculares. Para a aplicação da técnica é aconselhável estar em um local agradável e adequado, em que o paciente se sinta confortável. O terapeuta apresenta a técnica para o cliente, e justifica o porquê utiliza-la, auxilia na aplicação até que o mesmo aprenda e possa repetir o exercício sozinho, ou com auxílio de outra pessoa. Aplicação da técnica de relaxamento (todas as fases repetir por duas vezes cada) segue alguns passos para a aplicação da técnica:

Em um ambiente tranquilo contraia fortemente os músculos dos braços e mãos, após solte devagar prestando atenção nos músculos e volte à posição inicial. Flexionar os braços com os cotovelos para baixo, fechar os punhos e deixa-los voltados para cima, e puxar em direção ao peito, sinta contração do musculo e volte à posição inicial lentamente. Estenda a pernas no máximo possíveis, com os pés e os dedos voltados para frente, relaxe e repita o movimento com os dedos apontados para a testa. Flexione os joelhos e empurre as pernas em direção ao estomago, empurre tanto quanto puder. Levante os ombros em direção às orelhas, o quanto conseguir realize o movimento dos ombros para frente e para trás. Gire o pescoço para a direita e depois para a esquerda o máximo que conseguir, após para trás contraindo a nuca e para frente com o queixo em direção do peito. Empurre as sobrancelhas para cima e relaxe lentamente. Contraia as pálpebras ao máximo e contraia o nariz, como fazendo uma careta e relaxe lentamente. Contraia os lábios e relaxe. Sinta o contato com seu corpo pesado contra a superfície de onde esta sentada e note que esta em total estado de repouso e perceba o peso do seu corpo, morno, sereno, repousado e confortável. Imagine uma cena confortável e aconchegante. O terapeuta opta por descrever a cena para que o paciente visualize-a. Volte sua atenção para o corpo, sinta o contato dele com a área da poltrona. Movimente as mãos e os pés e abra os olhos (RANGÉ, 2001).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o aumento dos transtornos de ansiedade no Brasil, considera-se importante o estudo em relação ao transtorno do pânico, uma vez, que este vem de comportamentos que podem comprometer a qualidade de vida após dar inicio ao primeiro ataque, ainda que esteja fazendo uso de medicamentos específicos, consideram-se importantes estudos que sejam eficientes para mudanças das contingencias. É necessário incentivar os profissionais e estudantes para ajudar aprimorar o atendimento a população. O presente trabalho teve como objetivo em compreender como ocorre o manejo da esquiva e fuga do transtorno do pânico na clínica comportamental, feito a partir de pesquisas bibliográficas se obteve o resultado esperado. A análise realizada

a partir dos comportamentos de esquiva e fuga, citadas no trabalho, apontou como se dão e como se mantem tais comportamentos problemas. Essa descrição permite o levantamento de estratégias que possibilitavam a modelagem de respostas das contingências, para a aquisição de reforçadores mais eficientes através do uso de técnicas comportamentais de primeira e terceira onda.

4. BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 209.

AURELIANO, L. F. G.; BORGES, N. B. Operações motivadoras. In: BORGES, Nicodemos. B; CASSAS, Fernando. A. (Org.). **Clínica- analítico comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 32-39.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas analítico comportamentais discutem a psicopatologia. In: TOURINHO, E. Zagury; L. S. Vasconcelos (Org.). **Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010. p. 175-191.

BRAVIN, A. A.; DE-FARIAS, A. K. C. R. Análise Comportamental do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): Implicações para Avaliação e Tratamento. In: DE-FARIAS, Ana. K. C. R. et al. (Org.). **Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 130-152.

BOAS, D. L. O. V.; BANACO, R. A.; BORGES, N. B. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 95- 104.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CRASKE, M. G.; BARLOW, D. H. **Transtorno de pânico e agorafobia**. In: BARLOW, David. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto alegre: Artmed, 2016. p. 1.

COÊLHO, N. L; TOURINHO, E. Z. O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. **Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre , v. 21, n. 2, fev/agos. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017.

DELITTI, M. Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. In:..... **Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. São Paulo:

ARBytes editora LTDA, 1997. p. 37- 44.

DEL PRETTE, Giovana. Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. **Perspectivas**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 53-71, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2018.

DOS-SANTOS, A. M. Modelo comportamental de ansiedade. KERBAUY, R. R. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. 5. ed. Santo André: Set 2000. p. 189-191.

GONGORA, M. A. N. Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In: COSTA, C. E.; LUIZA, J. C.; SANT'ANNA, H. H. N. (Org.). **Primeiros passos em análise do comportamento e cognição**. Vol. 1. Santo André, ESETec: editores associados, 2003. p. 93-109.

HAYES, S. C. Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. In: HAYES, S. C.; FOLLETTE, V. M.; LINEHAN, M. M. (Ed.). **Mindfulness and acceptance**: expanding the cognitive behavioral tradition. Guilford, 2011. p. 1-29.

IGNÁCIO C. V. Análise funcional do transtorno do pânico. In: BRANDÃO, M. Z. S. et al. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: Contingências e metacontingências: Contextos sócios-verbais e o Comportamento do terapeuta. 13. ed. Santo André: Esetec, 2004. p. 157- 162.

LINARES, L.; PEREZ, W. F.; NICO, Y. Uma breve descrição da ansiedade: do comportamento respondente ao responder relacional. **Boletim Paradigma**, v. 7, n. 1, ago. 2013. Disponível em: <<http://paradigma.nemag.com.br/Paginas/Conteudo.aspx?TIPO=BOLETIM&Codigo=58>> Acesso em: 4 out. 2017.

MANFRO, G. G. et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. 81-87, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164446200800060005&lng=en&nrm=iso> . Acessado em: 07 abr. 2018.

MEYER, S. B. O conceito de análise funcional. In: DELITTI, M. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: A prática da análise do comportamento e da

terapia cognitivo-comportamental. 2. ed. São Paulo: Arbytes, 1997. p. 31-36.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

OLIVEIRA, L. G. M.; SGUAREZI, J. G. D.; PAULIN, L. F. R. S. Crise de pânico: Abordagem no pronto socorro. **Ensaio USF**, V. 1, n. 1, p. 25-33, 2017. Disponível em: <<http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/30>> Acesso em 23 de dez. de 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas.** 23 fev. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>> Acesso em: 15 nov. 2017.

PEZZATO, F. A.; BRANDAO, A. S.; OSHIRO, C. K. B. Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. **Rev. bras. ter. comport. Cogn.**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 74-84, abr. 2012. Disponível em: <http://pepic.bvsalud.org/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S1517-55452012000100006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 fev. 2018.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um dialogo com a psiquiatria.** Artmed: Porto Alegre, p. 117-118, 2001.

RANGÉ, B.; BORBA, A. **Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre o transtorno do pânico e a agorafobia.** Cognitiva: Rio de Janeiro, n. 1, p. 35-36, 2008.

RUAS, S. A.; ALBUQUERQUE, A. R.; NATALINO, P. C. Um estudo de caso em terapia analítico-comportamental: Construção do diagnóstico a partir do relato verbal e da descrição da diversidade de estratégias interventivas. In: DEFARIAS, A. K. C. R. et al. (Org.). **Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 179- 200.

SABAN, M. T. O que é terapia de aceitação e compromisso. In: SANTOS, P. L.; PINTO- GOUVEIA, J.; OLIVEIRA, M. S. **Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 179-216.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do pânico. **Revista psiquiatra.** Rio Gd. Sul. Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200002&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2017.

SAMPAIO, A. A. S.; ANDERY, M. A. P. A. Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 77-85.

SIEGEL, P. BARROS, N. F. Manual Prático. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro v. 22, n. 4, 2017 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401381&script=sci_arttext Acesso em: 03 de jan. de 2017.

VALENÇA, A. M. Transtorno de Pânico: Aspectos Psicopatológicos e Fenomenológicos. **Revista Debate em Psiquiatria ABP**, Rio de Janeiro. v. 4, n. 1, ago. 2013.

VANDENBERGHE, L. A análise funcional e o transtorno de pânico: Um impasse epistemológico. In: BRANDÃO, M. Z. S. et al. (Org.). **Sobre Comportamento e Cognição: clínica, pesquisa e aplicação**. 10. ed. Santo André: ESETec, 2003. p. 106-111.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 01 fev. 2018.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno do pânico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 50, p. 56-63, feb. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/127539>. Acesso em: 03 de jan. de 2017.

YANO, Y.; MEYER, S. B.; TUNG, T. C.. Modelos de tratamento para o transtorno do pânico. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 125-134, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000300009&lng=pt_BR&nrm=iso. Acesso em: 06 de nov. de 2017.